

Mesa Redonda: Coordinación interdisciplinaria de la atención al recién nacido de alto riesgo. Propuestas de actuación

Atención interdisciplinaria al recién nacido de alto riesgo desde la rehabilitación infantil

M.A. LINARES LÓPEZ

Servicio de Rehabilitación. Hospital Niño Jesús. Madrid.

EL COMETIDO DE LA REHABILITACIÓN MÉDICA INFANTIL

Es la prevención y/o disminución de la discapacidad infantil.

Mediante:

- Un diagnóstico precoz y específico de la/s deficiencias y una valoración global de las posibles restricciones de las actividades y desarrollo del niño.

Establecer:

- Un tratamiento precoz y específico de la/s deficiencias la adopción de ayudas que faciliten la integración del niño en la vida familiar, escolar y social.

Objetivos de la rehabilitación infantil

- Atender precozmente a los recién nacidos con defectos o malformaciones congénitas graves.
- Detectar y atender precozmente a los niños con deficiencias o con riesgo en el desarrollo.
- Ofrecer a los niños con dificultades motoras los apoyos que precisen para desarrollar sus capacidades.
- Mantener el máximo de autonomía personal y apoyar la integración familiar, escolar y social del niño discapacitado.

Todo proceso de rehabilitación, desde que se prevé o aparece una deficiencia, hasta que se alcanza la máxima integración de esa persona en la sociedad, comprende una secuencia de acciones diversas, pero interdependientes que, muy a menudo, son llevadas a cabo por servicios pertenecientes a organismos y administraciones distintas.

En el niño la alteración de una función repercute en su desarrollo global.

La motricidad es la vía final común para:

- La expresión de sí mismo.
- Responder y modificar el entorno.
- Relacionarse y comunicarse con los otros.

La primera infancia se caracteriza por ser la etapa de los grandes logros motores

En el primer año de vida el niño logrará:

- Independizar los miembros superiores del apoyo y realizar la prensión y la pinza.
- Enderezarse desde el decúbito hasta la puesta en pie.
- Iniciar la marcha independiente.
- Comunicarse a través de gestos y de las primeras palabras referenciales.

¿Cómo se establece el "control cefálico"?

¿Qué subyace detrás del control de la sedestación a los 6 meses?

¿Cómo se consigue la puesta en pie a los 9 meses y la marcha independiente a los 12 meses?

La ontogénesis postural según Vojta nos aporta más conocimiento en esta materia

Ontogénesis postural

- El movimiento fásico evoluciona desde:
 - a. movimientos desorganizados, distónicos, globales, con articulaciones descentradas, a los
 - b. movimientos con trayectorias definidas, articulaciones centradas.

- El enderezamiento del cuerpo frente a la gravedad evoluciona desde:
 - a. inestabilidad postural, sin apoyos estables, a
 - b. puntos de apoyo mantenidos en extremidades, con enderezamiento del tronco hasta la vertical.
- El equilibrio (control automático del desplazamiento del centro de gravedad) se establecerá progresivamente dentro de una base de sustentación cada vez más pequeña.

Primer trimestre

- RN: postura inestable con movimientos. holocinéticos
- 4-6 s: "orientación óptica"
- 3^{er} m: postura estable movimiento libre de la cabeza.
Coordinación mano-mano.
Apoyo en codos.

Segundo trimestre

- Desarrolla función prensora de las manos.
- Desarrolla el volteo de decúbito supino a prono.
- 6^o mes consigue: Coordinación mano-pie.
Apoyo en manos.
Se mantiene sentado si se le sienta.

Tercer trimestre

- Conquista el espacio más allá en la horizontal y más arriba.
- Desarrollo de la sedestación y de la verticalización por sí mismo.
- Inicio de la "pinza".

Final del tercer trimestre

- Logrará la sedestación por sí mismo y al salir de ahí desarrollará:
- El gateo.
- La puesta en pie.

Cuarto trimestre

- Desarrollo del gateo.
- Puesta en pie.
- Desarrollo de la marcha 1^o cuadrupédica vertical luego independiente.
- Desarrollo de la "pinza".

Etapas

- Inestabilidad del RN (0-2 meses)

- Estabilidad postural a partir de 3^{er} mes.
 - * Apoyo en codos-un codo-manos(3-6 meses).
 - * Desarrollo de la prensión (3-6 meses).
- Cuadrupedia/ sedestación (7-9 meses).
- Locomoción: gateo/marcha bípeda (12 meses).

Patrones normales

Los patrones posturales y de movimiento **normales** son: en rotación externa, flexión y abducción.

Patrones anormales

Los patrones posturales y de movimiento **anormales** son: en rotación interna, extensión y adducción.

El diagnóstico precoz de las alteraciones motoras según Vojta se basa en el análisis de:

- La motricidad espontánea u ontogénesis postural.
- Reacciones posturales.
- Dinámica de la reflexología primitiva.
Correlación de los tres parámetros:
ACC (alteración de la coordinación central).

Reacciones posturales

- Son respuestas motoras del SNC al cambio postural repentino.
- Maniobras para valorar la maduración o capacidad del cerebro para controlar la postura y el movimiento del cuerpo como un todo.
- Cribaje postural: 7 reacciones de Vojta.
Las reacciones posturales:
- Evolucionan en fases típicas y constantes en el 1^{er} año de vida.
- Dinámica paralela a la ontogénesis postural.
- Aparecen alteradas antes de que se manifieste la patología motora en el niño.
- Permiten valorar muy precozmente la alteración de la coordinación central.
- Aparecen alteradas antes de que se manifieste la patología motora en el niño.

Reflejos primitivos o arcaicos

Conjunto de reflejos presentes desde la vida intrauterina, que van disminuyendo a medida que progresa la maduración del sistema nervioso central.

Carácter de supervivencia o defensa.
Relación con el desarrollo motor el primer año de vida.
Útiles en diagnóstico precoz de las alteraciones motoras.

Reflejos que se utilizan preferentemente

- R. orofaciales (de succión, deglución, *Rooting*, puntos cardinales. Babkin).
- R. de prensión palmar.
- R. de prensión plantar.
- R. de Galant.
- R. de Moro.
- R. de apoyo primitivo.
- R. de marcha automática.
- Otros... (talón palmar, talón plantar, extensor cruzado, extensor suprapúbico).

Reflejo de prensión plantar

- Aparece a partir del 5º mes intraútero.
- Sería el de más utilidad en el diagnóstico precoz, especialmente de las alteraciones espásticas.

PREVENCIÓN COMO OBJETIVO DE TRABAJO

Diagnóstico precoz

En el primer trimestre: ACC (Alteración de la coordinación central):

- Mínima (1-3 R. posturales anormales).
- Leve (4-5 R. posturales anormales).
- Moderada (6-7 R. posturales anormales).
- Severa (7 RPA+ alteración importante del tono).

Segundo trimestre: ACC (Alteración de la coordinación central), con amenaza de desarrollo

- **Espástico.**
- **Discinético.**
- **Atáxico.**

Tercer trimestre

Se instaura el desarrollo motor patológico, con características ya irreversibles hacia la patología.

Para establecer un tratamiento adecuado es preciso

Conocer:

- Qué es lo que hace el niño.

- Cómo lo hace (análisis cinesiológico).
- Qué le impide realizarlo adecuadamente (alteración central, periférica.....).
- Afecciones asociadas.

¿Qué tipo de intervenciones terapéuticas podemos realizar?

Procedimientos terapéuticos

- Fisioterapia.
- Terapia ocupacional.
- Logoterapia.
- Ortoprótisis.
- Hidroterapia.
- Terapia psicomotriz.

Fisioterapia

- Tratamiento neuroevolutivo (Bobath).
- Terapia de locomoción refleja (Vojta).

Tratamiento neuroevolutivo (Bobath)

- Inhibición de los patrones patológicos.
- Facilitación de patrones más normalizados para mejorar las reacciones de :
 - Apoyo.
 - Enderezamiento.
 - Equilibrio.

Para desarrollar el máximo potencial del niño:

- Físico.
- Emocional.
- Intelectual.

Para evitar deformidades

El tratamiento neuroevolutivo se adapta a cada niño según su:

- Patología.
- Edad.
- Medio familiar.
- Grado de afectación.
- Trastornos asociados.

El tratamiento neuroevolutivo se hace extensible a las AVD.

Terapia de locomoción refleja (Terapia de Vojta)

La locomoción refleja comprende dos formas de locomoción:

- La reptación refleja.
- El volteo reflejo.

Los juegos musculares en la reptación refleja y el volteo reflejo, sólo se pueden desencadenar a partir de una determinada postura y a través de determinados estímulos.

Las zonas de estimulación se encuentran en determinados puntos del tronco y de las extremidades.

Todos los patrones cinesiológicos parciales de la locomoción refleja están contenidos en la ontogénesis motora

Los patrones cinesiológicos que se manifestarán en el niño normal a lo largo del primer año de vida, se pueden desencadenar con la terapia de locomoción refleja ya desde el período neonatal

Terapia ocupacional

- Desarrollo del control postural.
- Desarrollo de la función manual.
- Integración multisensorial.
- Coordinación viso-manual.
- Independencia en AVD.
- Actividades recreativas.

Logoterapia

- Desarrollo de las praxias orofaciales.
- Desarrollo de las praxias alimenticias.

- Desarrollo de las conductas comunicativas (conductas prelingüísticas y lingüísticas).

Tratamiento ortésico

- Férulas.
- Yesos.
- Dispositivos para la sedestación y la puesta en pie y ayudas para la marcha.
- Prótesis.

Hidroterapia**Psicomotricidad****Planificar el tratamiento**

Considerando:

- La o las deficiencias.
- El pronóstico.
- Los medios terapéuticos más adecuados.
- El entorno sociofamiliar.
- La tecnología disponible.
- Que el desarrollo motor está al servicio de la vida afectiva y mental.

El éxito se consigue llevando a cabo los tratamientos específicos de las funciones alteradas con los procedimientos terapéuticos precisos.

Intervención desde la globalidad, actuando sobre la familia con información, apoyo, interacción,...