

CENTRO DE REHABILITACIÓN  
REMEDIOS, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LOS NIÑOS CON INCAPACIDAD  
FUNCIONAL EN EL MUNICIPIO DE REMEDIOS

Por:

Tec. Yaima Maldonado Borrego<sup>1</sup>, Dra. Anabel González Camiñas<sup>1</sup> y Dr. Yosvany Guerra Marrero<sup>2</sup>

1. Técnica en Fisioterapia y Rehabilitación. Policlínico de Remedios, Villa Clara.
2. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Miembro Titular de la Sociedad Científica de Medicina Bioenergética y Natural. Especialista de I Grado en Embriología. Residente de Medicina Física y Rehabilitación. Asistente. Policlínico de Remedios, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. Policlínico de Remedios, Villa Clara.

*Descriptorios DeCS:*

PARÁLISIS CEREBRAL/rehabilitación  
PARÁLISIS OBSTETRICA/rehabilitación  
TRASTORNOS DE LA DESTREZA  
MOTORA/rehabilitación  
TORTICOLIS/rehabilitación

*Subject headings:*

CEREBRAL PALSY/rehabilitation  
PARALYSIS, OBSTETRIC/rehabilitation  
MOTOR SKILL DISORDERS/rehabilitation  
TORTICOLLIS/rehabilitation

Es causa de preocupación en el mundo el incremento de las enfermedades invalidantes, y la población infantil no escapa a tal fenómeno. Según la UNICEF, uno de cada diez niños nace con algún grado de incapacidad o lo adquiere con posterioridad. Una gran parte de estos pertenecen al tercer mundo, y no tienen la mínima posibilidad de rehabilitación. En nuestro trabajo nos referiremos a algunas de estas enfermedades invalidantes: la parálisis cerebral infantil (PCI), la parálisis braquial obstétrica (PBO), la tortícolis y el retardo del desarrollo motor (RDM). La PCI se caracteriza por trastornos de la postura y el movimiento, y se acompaña o no de trastornos sensorio-perceptivos del aprendizaje y de epilepsia, es independiente del nivel intelectual, y se debe a una lesión estática en el cerebro inmaduro<sup>1,2</sup>; la PBO ocurre en el momento del parto por la utilización de maniobras abruptas, lo que produce un ensanchamiento forzado en el intervalo entre la cabeza y el hombro, en la parte occipitoanterior izquierda y el hombro derecho, al quedar durante mayor tiempo en el canal del parto<sup>3</sup>; la tortícolis es una deformidad que se caracteriza por la desviación lateral de la cabeza sobre el hombro, acompañado por una torsión del cuello y la desviación de la cara<sup>3</sup>; por último, el RDM consiste en un retardo en la adquisición de las habilidades motoras en relación con el crecimiento del cuerpo y la maduración del sistema nervioso central<sup>1</sup>. En Cuba, también se observa el alza de los fenómenos invalidantes y los de la población infantil, en particular, aunque gracias a la política de salud de nuestro gobierno revolucionario, los índices se comportan como los de cualquier país desarrollado, ya que casi la totalidad de los partos son institucionales, existen programas de atención a la mujer embarazada y al niño, que incluyen medios auxiliares de diagnósticos de alta tecnología (estudios genéticos, ultrasonidos y otros); además, existen hogares maternos en regiones de difícil acceso, por solo señalar algunos recursos. Un tratamiento precoz desde las primeras semanas del nacimiento, mejora en la mayoría de los casos las alteraciones motoras de estos pacientes; de aquí la

importancia de un diagnóstico precoz y la pronta instauración de cualquier tipo de tratamiento<sup>3</sup>. El presente trabajo pretende determinar la efectividad de las técnicas aplicadas en el tratamiento a niños con incapacidad funcional que padecen las afecciones seleccionadas. Se realizó un estudio prospectivo de intervención en el Centro de Rehabilitación de Remedios, entre el 5 de enero de 2003 y el 30 de abril de 2004. El universo del estudio fueron los 11 niños discapacitados remitidos al centro para recibir tratamiento. Los grupos de edades, el sexo, la causa, el tipo de afección, tiempo de rehabilitación, resultados del tratamiento y relación de la edad motora y la edad cronológica, antes del tratamiento y después del mismo, fueron las variables estudiadas, y los datos fueron extraídos de las historias clínicas de los pacientes. Se aplicaron diversas técnicas de tratamiento según tipo de afección, entre las que sobresalen: el método de Bobath, la electroterapia, la masoterapia, la termoterapia y la cinesioterapia. En el método de Bobath se realiza la inhibición refleja, se facilita la postura y se estimula al niño según los patrones del desarrollo. Es el método más aceptado actualmente; como aditamentos se usan: rodillos, para relajar (entre las piernas) y evitar o contrarrestar la aducción de cadera; pelotas: para relajar al niño, se realizan movimientos de balanceo hacia delante y hacia atrás; asimismo, escaleras, caja y mesa de bipedestación, estimulación del equilibrio, vestibulador colgante, andadores con aditamentos y rampas.

La electroterapia es la introducción de corriente al organismo con fines terapéuticos; esta va a circular a través de dos polos: positivo y negativo (ánodo y cátodo). Se divide en dos variedades: como fuente generadora (termoterapia) y como agente excitante (corrientes excitomotrices); el estímulo eléctrico (e.e) que se aplica en dicha afección, se le indica atendiendo a dos etapas: músculos desnervados y músculos inervados<sup>4,5</sup>.

Cinesioterapia: Se trata de técnicas especiales que permiten realizar los movimientos y, por ende, la recuperación del paciente<sup>1</sup>.

Masoterapia: Consiste en la aplicación del tratamiento sobre la musculatura, y se utiliza, como base fundamental, las manos del técnico mediante diferentes maniobras<sup>6</sup>.

Termoterapia: Se trata de la aplicación de agentes físicos con fines terapéuticos, los cuales provocan un aumento de la energía cinética media en las zonas donde se aplica<sup>7</sup>.

Estas técnicas se realizan durante el tiempo que requiera el niño para alcanzar la mayor proporción posible de capacidad funcional.

Al observar las edades cronológicas de los pacientes atendidos, se halló que de un total de 11, la edad más representativa fue la de 0-2 años, con 6 pacientes (54,5 %), y existió predominio del sexo masculino: 6 pacientes que representaron 54,5 %. Los tipos de afecciones que presentaron estos niños fueron: la PCI en 6 (54,5 %) y en menor número la PBO y la tortícolis, con un paciente en cada caso (9,09 %); entre las causas que pueden producir las diferentes discapacidades predominaron las adquiridas en 10 pacientes (90,9 %). El menor tiempo de rehabilitación fue tres meses, y lo alcanzaron tres pacientes (27,3%); el mayor tiempo se observó en los pacientes con PCI, pues ya ha transcurrido más de un año y aun no se han rehabilitado totalmente. La edad motora, antes del tratamiento y después de este, presentó resultados satisfactorios, ya que en menos de seis meses, los tres pacientes que presentaban RDM lograron que su edad motora y su edad cronológica coincidieran (27,2 %); en el caso de los seis pacientes que presentaban PCI, no se logró su total recuperación, y representaron un 54,5 % de la muestra. Al analizar el estado de los pacientes antes del tratamiento y después del mismo, se halló que antes había cuatro pacientes con categoría de regular (36,6 %), y siete categorizados de mal (63,3 %); sin embargo, transcurrido el tratamiento, encontramos que cinco paciente lograron la categoría de bien, lo que equivale al 45,4 %, y seis calificados de regular (54,5 %); no existió ninguno con categoría de mal. Como podemos observar en nuestro estudio, la edad más representativa fue la de 0-2 años, lo que se debe a que sus afecciones fueron generalmente por causas adquiridas, que son las que con mayor frecuencia se atienden en el departamento, resultado que coincide con los autores consultados<sup>1,3</sup>.

### **Referencias bibliográficas**

1. Gonzáles Mas R. Rehabilitación del parálítico cerebral. En: Rehabilitación médica. Barcelona: Masson; 1997. p. 168-210.

2. Macias Merlo ML. Parálisis cerebral. En: Macias Merlo ML, Fagoaga Mata J. Fisioterapia en pediatría. Madrid: Interamericana. Mc Graw-Hill; 2000. p. 151-233.
3. Fagoaga Mata J. Torticolis muscular congénito y lesión del plexo braquial. En: Macias Merlo ML, Fagoaga Mata J. Fisioterapia en pediatría. Madrid: Interamericana; 2000. p. 383-413.
4. Díaz ML, Arellano SME, Valle CMG, Miranda DA, Rodríguez RG, Montero AA. Utilidad de la estimulación eléctrica neuromuscular posterior a la aplicación de la toxina botulínica en niños con hemiparesia espástica. Rev Mex Med Fis Rehabil [serie en Internet]. 2005 [citado 2 Dic 2005];17(1):[aprox.7 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-fisica/e-mf2005/e-mf05-1/em-mf051e.htm>
5. de la Fuente González G. Manejo de la espectro y la electroterapia en rehabilitación. En: Gonzáles Mas R. Rehabilitación médica. Barcelona: Masson; 1997. p. 49-61.
6. Segovia LSS, Ortiz OE. Evaluación del desempeño funcional de pacientes con parálisis cerebral severa con el instrumento WeeFIM en el CRIT estado de México. Rev Mex Med Fis Rehabil [serie en Internet]. 2005 [citado 2 Dic 2005];17(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-fisica/e-mf2005/e-mf05-2/em-mf052d.htm>
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Diplomado de rehabilitación en APS [CD-ROM]. La Habana: MINSAP; 2004.
8. Pulluelo-San C. Psicología, audición y lenguajes en diferentes cuadros infantiles. Aspectos comunicativos y neuropsicológicos. Rev Neurol. 2001;32(10):975-80.