

Manejo fisioterápico del niño con Atrofia muscular espinal, en los primeros años de vida

Joaquin Fagoaga

Fisioterapeuta

Servicio Rehabilitación

Hospital Sant Joan de Deu Barcelona

Introducción:

Ante un niño afecto de atrofia espinal infantil, los objetivos de tratamiento vendrán determinados después de una primera valoración.

Los objetivos son personales y acordes con la valoración obtenida.

En esta exposición se plantearán objetivos generales y la aplicación de estrategias adecuadas a cada niño, según sus necesidades.

Objetivos:

Los objetivos del tratamiento fisioterapéuticos en esta enfermedad se centran en:

-Mantener la fuerza muscular, y las actividades motrices que el niño conserve.

Las sesiones deben ser cortas para evitar la fatiga muscular.

-Prevenir la aparición de contracturas, sobretodo a nivel de las extremidades inferiores en aquellos niños que pasen largo tiempo en sedestación.

-Las movilizaciones pasivas y estiramientos deben llevarse a cabo para asegurar el mantenimiento de la flexibilidad, sobre todo para evitar contracturas a nivel de cadera, rodillas, codos y pies. Hay que tener en cuenta que los niños suelen usar sus manos con pronación de los antebrazos, esta costumbre, asociada a la falta de fuerza de la musculatura supinadora, puede conllevar a una disminución de la amplitud de movimiento para la supinación.

-La intensidad y duración de las sesiones de fisioterapia deben ser cortas, sin llevar a la fatiga utilizando la motivación a través del juego, ya que son niños que toleran poco el esfuerzo físico.

-Prevenir actitudes posturales incorrectas para evitar, en lo posible, la aparición de deformidades, como la escoliosis.. Para ello hay que valorar como interfiere las posturas anormales en la sedestación funcional del niño y proporcionar adaptaciones para mantener la columna en posturas correctas

-Fisioterapia respiratoria para mantener la musculatura implicada en la respiración en buenas condiciones y evitar posibles complicaciones cuando el niño presente un problema respiratorio (Postiaux 1999)

-Esquema corporal y aprendizaje motriz.

-Uso de adaptaciones posturales para disminuir el efecto de la gravedad en la deformidad, sobre todo en sedestación y bipedestación

-Hay que considerar los programas de bipedestación para evitar a la larga fracturas de extremidades inferiores consecutivas a la falta de carga en bipedestación. La incidencia de displasias de cadera y contracturas son más frecuentes cuando el niño no realiza programas de bipedestación con un correcto alineamiento (Stuberg 1992). La bipedestación se puede iniciar a los 12-14 meses, con un standing con ligera abducción de caderas para estimular el desarrollo acetabular. Posteriormente se pueden confeccionar unas férulas posteriores con yeso incluyendo un apoyo isquiático. Si el niño tolera la bipedestación se pueden utilizar unos bitutores largos ligeros con apoyo isquiático

Fomentar el mayor grado de independencia del niño, ya sea en las habilidades manipulativas como de movilidad. Normalmente estos niños son candidatos a usar sillas de ruedas eléctricas.

Asesoramiento a la familia sobre otras posibles ayudas técnicas y modificación del entorno (supresión de barreras arquitectónicas, uso del ordenador, etc.)

Asesoramiento sobre actividades recreativas terapéuticas, como es la actividad acuática .

Los niños con atrofia espinal infantil no presentan alteraciones de la sensibilidad y suelen tener una inteligencia normal o incluso o a veces superior. Este último aspecto hace que muchos de ellos suplan el déficit físico con una extraordinaria capacidad para relacionarse con personas de su entorno familiar y social y desarrollen funciones intelectuales y de lenguaje de forma extraordinaria.