

FISIOTERAPIA EN ENFERMEDADES INFANTILES La terapia física, cada vez más implantada, atenúa y soluciona trastornos motrices

La labor de un fisioterapeuta desde el primer año de vida puede prevenir secuelas motoras

Marga Castillo Grijota
marcastillo@recoletos.es

El diagnóstico temprano y la terapia física impartida por un fisioterapeuta especializado pueden aminorar e incluso revertir alteraciones motoras y sensoriales que interfieren en el crecimiento y el desarrollo de las habilidades del niño y condicionan su vida adulta, sobre todo si el seguimiento del niño se inicia en el primer año de vida y continúa hasta que se descartan o se restauran las alteraciones neuromotrices. Según María Luisa Martín, presidenta de la comisión de Atención Temprana del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid, en España hay 24.000 fisioterapeutas colegiados y 4.200 trabajan en la sanidad pública, y si bien su presencia aún es escasa en las instalaciones hospitalarias, cada vez es más frecuente que pediatras y neuropediatras aconsejen este tipo de tratamiento en niños discapacitados, lesionados o nacidos con síndromes congénitos. Los



María Luisa Martín, Javier Sáenz de Murieta, Vanessa González Bellido y José Santos, del Colegio de Fisioterapeutas de Madrid, en el acto de celebración del Día Mundial de la Fisioterapia.

fisioterapeuta de Madrid promovieron el 8 de septiembre la celebración del Día Mundial de la Fisioterapia con el apoyo de la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE). Su fin es promover la faceta preventiva, asistencial,

docente y de investigación -integrada en un equipo multidisciplinar de sanitarios- señaló en la presentación de esta iniciativa Javier Sáenz de Murieta, decano del colegio profesional mencionado. Dentro de las franjas de edad a las

que se dirigen los tratamientos, la fisioterapia pediátrica está indicada en todos aquellos trastornos que implican disfunción motora, sobre todo parálisis cerebral, alteraciones reumatológicas, cromosomatopías, lesiones de tráfi-

co, traumatismos craneoencefálicos, secuelas, torticolis, parálisis faciales, hipotonías, alteraciones leves de la coordinación, maltrato y problemas respiratorios (ver información adjunta).

Ante una oferta y demanda cada vez mayor de los servicios de un fisioterapeuta infantil, los colegiados defienden la especialización y persiguen el bienestar del niño mediante la unidad de criterios entre los propios profesionales y entre éstos y el resto de facultativos. A su juicio, la fisioterapia pediátrica es compleja. "Tiene varias particularidades: requiere gran implicación psicológica con el paciente -las sesiones tienen que parecer juegos para que el niño esté receptivo y se motive-, el sistema musculoesquelético está en desarrollo y el niño está en un entorno cambiante -el hogar, la guardería, la escuela, distintos facultativos- al que la terapia debe adaptarse para dar una respuesta funcional", recalca a CF Lourdes Macías, presidenta de la Sociedad Española de Fisioterapia en Pediatría (Sefip). Esta entidad celebra su primer congreso los días 28 y 29 de octubre en Madrid (www.sefip.org), lo que da fe, según esta experta, de la implantación cada vez más generalizada de este tipo de atención en España.

LISTAS DE ESPERA

No obstante, "las listas de espera son muy defensivas y en estos momentos la demanda es mayor que la oferta", apunta Javier Güeita, de la Comisión de Fisioterapia Neurológica del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid. "Cada vez es más normal que los padres acudan a las consultas, aunque son necesarias más campañas para difundir la eficacia y beneficios al público e informar al médico, sobre todo al neurólogo y al neuropediatra, ya que no todos conocen sus beneficios".

Güeita añade que cada vez es más frecuente que un padre acuda directamente a un fisioterapeuta sin esperar a ser remitido por el facultativo. No obstante, matiza Macías, en el acceso al fisioterapeuta a través del Sistema Nacional de Salud también influye la variabilidad territorial, ya que en Cataluña, por ejemplo, hay una red de atención temprana que asegura una cobertura óptima, lo que no ocurre en otras autonomías.

La fisioterapia respiratoria, útil en asma y bronquiolitis

M. C. G.

Las principales patologías respiratorias infantiles susceptibles de recibir tratamiento por parte de un fisioterapeuta son las neumonías, el asma, las otitis y sinusitis y la fibrosis quística, pero la más importante, por frecuencia y gravedad, es la bronquiolitis, que afecta a entre un 70 y un 80 por ciento de niños menores de dos años, con un pico de frecuencia entre los 2 y 10 meses y es la principal causa de mortalidad en bebés. Vanessa González Bellido, de la comisión de Fisioterapia Respiratoria del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid, explica a CF que "la mayoría de las veces afecta a las vías respiratorias extratorácicas y en dos o tres días se extiende hacia las vías respiratorias intratorácicas, lo que causa edema e infiltración bronquiolar y broncoespasmos, con lo que el acúmulo constante de secreciones bronquiales requiere su ayuda", afirma.

La fisioterapia respiratoria también es útil en niños asmáticos, "puesto que reciben adiestramiento sobre la técnica correcta en la toma de la medicación y el uso de instrumentos, a modo de juego, lo que puede ayudarle a solucionar un momento de tanto estrés para ellos", continúa. Además, "existe un posible origen pediátrico entre bronquiolitis y asma, por lo que es fundamental eliminar las secreciones acumuladas en los bronquios para que broncodilatadores y antiinflamatorios puedan hacer efecto".

NUEVO MODELO

González Bellido añade que la fisioterapia puede reducir la estancia hospitalaria hasta en un 80 por ciento de casos, y que lo más habitual es que los niños sean remitidos por médicos de planta y de primaria. "La evolución de la fisioterapia respiratoria en los últimos años ha supuesto un nuevo modelo de actuación basado en diferentes estudios científicos y en la incorporación de nuevas técnicas y ayudas instrumentales", recalca. "Muchos médicos no prescriben aún este tipo de tratamiento y se limitan a la terapia farmacológica de primera intención porque no conocen los beneficios de su empleo. Por eso es necesario dar a conocer a sanitarios y a toda la población su valor objetiva-ble en diferentes patologías respiratorias".

Un trastorno locomotor mal tratado puede derivar en déficit de atención e hiperactividad

“Lo ideal sería que el fisioterapeuta estuviera presente en el diagnóstico”

M. C. G.

Dos de cada diez niños que nacen tienen una alteración que necesita ser tratada por un fisioterapeuta. "La fisioterapia guía a los niños y a sus familias para que aprendan a recuperar disfunciones motoras provocadas por bloqueos cerebrales debidos a causas prenatales, perinatales o posnatales", explica Ana María Pérez Borricho, de la comisión de Atención Temprana del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid, en una entrevista con CF. "En las unidades de Neonatología ya se puede saber si el niño va a tener un pronóstico dudoso en su desarrollo motor. Nosotros podemos ayudar en la preparación al parto en madres de alto riesgo y es conveniente que estemos en el momento del nacimiento y del diagnóstico, por ejemplo, en casos de hemorragia intracraneal, niños síndromicos, prematuros o de bajo peso. Se puede empezar a trabajar desde la incubadora". Pérez Borricho y su colega Carmen Jiménez Antona



Carmen Jiménez Antona y Ana María Pérez Borricho, en Madrid.

explican que el niño que nace con una alteración tiene una gestualidad muy pobre, se desplaza con dificultad, tiene problemas para agarrar objetos... "El fisioterapeuta educa o reeduca el movimiento, que es la forma de comunicarse con el entorno, lo que se optimiza si se incide en el aspecto emocional", continúa Pérez Borricho. "No todos los niños bajo sospe-

cha llegan a desarrollar una alteración -el 30 por ciento-, pero se engloban como niños de bajo riesgo", apunta. "Lo ideal sería que pudiéramos acceder a todos los casos bajo sospecha, porque muchos ya diagnosticados nos llegan cuando llevan meses haciendo algo incorrecto". Jiménez Antona corrobora que los niños suelen llegar tarde a los centros de aten-

ción temprana, al menos en Madrid. "Les deriva el médico, el neurólogo, el asistente social o el Instituto Madrileño del Menor, y a veces son los profesores en las escuelas los que detectan algún caso".

UNO O DOS POR CLASE

Estas expertas afirman que en los colegios hay uno o dos niños por aula con disfunción cerebral mínima, hipotonía o retraso motor, y si están mal tratados pueden derivar en déficit de atención e hiperactividad; al niño le cuesta mucho atender y concentrarse porque no puede mantener una postura determinada, pone de ejemplo Pérez Borricho. A esta situación se añade el problema de que "el ritmo de un niño con trastornos psicomotrices y con necesidades especiales implica mucho esfuerzo. Por eso cuando se integra en el ritmo académico se le van cerrando puertas y los padres acuden a terapias no oficiales que pueden tener escaso beneficio", alude en referencia a los "centros fantasma".