

POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON PATOLOGÍA NEUROMOTORA COMO ELEMENTO EN LA DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO VOJTA.

Silvana García Quiroga

Fundación Universitaria María Cano. (Sede Medellín)
Facultad de Ciencias de la Salud - Programa de Fisioterapia

Se establece la prevalencia institucional de Parálisis Cerebral con respecto a otras patologías neuropediátricas, en niños menores de 7 años que asisten a programas de Fisioterapia en 11 instituciones de Medellín y área Metropolitana, para así tener una perspectiva general acerca de la problemática que enfrenta esta población, que sirva como elemento para plantear al Método diagnóstico y terapéutico de Vöjta, como medida de intervención a nivel de prevención secundaria y terciaria.

Palabras claves. *Patologías neuromotoras pediátricas, parálisis cerebral, estudio epidemiológico, edad cronológica, tendencias en neurorehabilitación, Método Vojta.*

INTRODUCCIÓN

El manejo de las patologías que afectan a la población pediátrica, requiere de un conocimiento profundo de su comportamiento clínico y epidemiológico, así como de un proceso de actualización constante por parte de los miembros del equipo de neurorehabilitación en cuanto a la existencia o aparición de alternativas y métodos terapéuticos que se ofrecen para ayudar a los pacientes, ya que al tener

un mayor nivel de comprensión del tema, se facilita la adquisición de un criterio definido que permita el desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención de la discapacidad, según las necesidades reales proyectadas en estudios estadísticos, y se evita dar una orientación inadecuada al paciente y sus familiares en cuanto a lo más conveniente en su caso.

Desde el punto de vista clínico y etiopatogénico, la Parálisis Cerebral es un síndrome neurológico heterogéneo, producido por lesiones no inmutables y permanentes del encéfalo durante el lapso de crecimiento y desarrollo del sistema nervioso central, consecutivo a la acción de diversas noxas prenatales, perinatales o postnatales; lo cual produce una retroalimentación anómala al haber una interferencia con su maduración antes de que la función halla sido aprendida¹. Por lo tanto, aunque se trata de una lesión no degenerativa, sus signos y síntomas si van cambiando a medida que el sistema nervioso se va desarrollando, y el niño va intentando compensar las dificultades posturales y del movimiento, dando así, una falsa impresión de progresión².

Se caracteriza primordialmente por un retraso del desarrollo motor y por la alteración del tono, la postura y el control del movimiento corporal, que dependerá del tipo, localización, gravedad de la lesión neurológica y el nivel de maduración anatómico en que se encuentra el encéfalo cuando esta lesión se produce. En el ámbito de la rehabilitación, se han desarrollado diversos sistemas terapéuticos que pretenden dar respuesta a interrogantes como, diagnosticar precozmente las dificultades motoras, prevenir las probables limitantes en el desarrollo, estimular tempranamente ciertos esquemas de coordinaciones motoras que podrían disminuir los riesgos de un desarrollo motor anormal. En general estos sistemas coinciden en la importancia de diagnosticar e intervenir en forma precoz, ya que esto favorece las posibilidades de éxito terapéutico, entendiéndose por ello, el

desarrollo del niño lo más cercano a lo normal, con menor riesgo de fijarse en esquemas de movimiento patológico³.

METODO

Para lograr identificar el comportamiento epidemiológico de las patologías neuromotoras pediátricas en niños menores de 7 años con alteraciones del neurodesarrollo que asisten a programas de Fisioterapia en 11 instituciones localizadas en Medellín y área Metropolitana, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en las primeras dos semanas del mes de Abril del año 2006. Se contó con una muestra de 424 pacientes, de los cuales se hizo un mayor énfasis en los 101 niños con Parálisis Cerebral. La importancia de este trabajo, radica en proporcionar una perspectiva del perfil epidemiológico del niño con Parálisis Cerebral o con riesgo de desarrollar una condición discapacitante permanente, para de esta manera promover la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento interdisciplinario integral en estos niños, ya que el conocer la situación actual del tema, determina una mayor calidad de la atención que recibe el niño.

RESULTADOS

La prevalencia de alteraciones del neurodesarrollo en la población pediátrica menor de 7 años que asiste a Fisioterapia a las 11 instituciones de neurorehabilitación encuestadas, es de **1,63** por mil de la población de esa edad para Medellín y área Metropolitana. Las patologías más frecuentes son Síndrome de Down con un **0,7** por mil de la población, seguido por la Parálisis Cerebral con **0,4** por mil, y retraso del desarrollo psicomotor con **0,1** por mil. Se presentaron 2 casos de Mielomeningocele y uno de distrofia muscular en niños menores de 7 años atendidos por Fisioterapia en estas instituciones. Según el género, la

prevalencia es mayor en niños con 0,87 por mil, con respecto a las niñas con 0,75 por mil. En cuanto a la distribución por edad, de los 424 niños menores de 7 años registrados en las instituciones, se observa un predominio del grupo de 5 años con 19% de la población (81 casos), seguido por los de 4 y 6 años con 17% de la población (74 y 73 casos respectivamente). En el grupo de 6 a 12 meses hay una representación del 2,6% (11 casos) y en los menores de 6 meses del 0,5% (2 casos).

Tabla 1. Porcentaje de las alteraciones del neurodesarrollo a nivel institucional con respecto a la población pediátrica total residente en Medellín y área metropolitana.

DIAGNOSTICO	Masc.	Fem.	Frecuencia	Porcentaje de niños con alteraciones del neurodesarrollo por cada mil.
Parálisis Cerebral	57	44	101	0.389
Síndrome de Down	101	88	189	0.727
Distrofia Muscular	0	1	1	0.004
Mielomeningocele	1	1	2	0.008
Retraso Psicomotor	24	9	33	0.127
Sin Diagnóstico	10	10	20	0.077
Otros	35	43	78	0.300
TOTAL	228	196	424	1.63

DISCUSIÓN

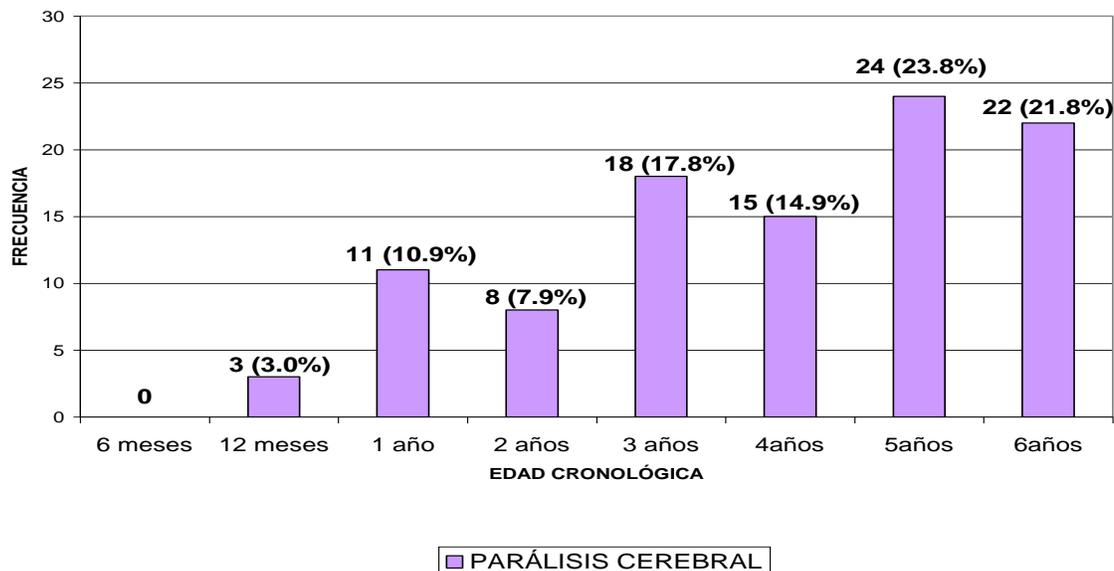
En relación a la Parálisis Cerebral, no existen en Colombia estimaciones estadísticas reales; pero si aceptamos la prevalencia del 2 – 2,5 por mil nacidos vivos propuesta por la United Cerebral Palsy³, en relación a la población afectada con Parálisis Cerebral en Estados Unidos, esta cifra se mantiene muy alejada de las encontradas acorde a los indicadores y apreciaciones de la encuesta realizada en este estudio a 11 instituciones, donde se reportó la existencia de 101 niños con alguna limitación de la postura y el movimiento diagnosticada como Parálisis Cerebral, correspondiendo al 0,4 por mil de la población de niños menores de 7 años residentes en Medellín y área metropolitana, lo que equivale a decir que

aproximadamente 4 de cada diez mil niños afectados, menores de 7 años, asisten a Fisioterapia en las 11 instituciones encuestadas.

Es difícil conocer la realidad del país o sacar conclusiones acerca de la población con discapacidad en Medellín y área Metropolitana con base a los datos registrados por esta investigación; ya que dadas las características socio-económicas y los niveles de salud en Colombia, se podría inferir que la población con limitaciones debida a Parálisis Cerebral debería dar un número superior. Es importante tener en cuenta, que existe un importante porcentaje que permanece oculto a los registros institucionales, y que son los niños que por su grado de discapacidad no reciben ningún tipo de tratamiento y son dejados en sus casas, o aquellos a los que sus padres les es imposible costear toda la carga económica de los tratamientos, o aquellos que viven en áreas rurales y no tienen acceso al servicio de fisioterapia, o también debido a la falta de políticas claras que garanticen el acceso a este.

El número de casos de niños con Parálisis Cerebral que asisten a Fisioterapia en las 11 instituciones encuestadas antes del primer año de vida es muy reducido (Fig. 1), la mayoría están registrados a partir de los 3 años de edad. Una posible explicación para esta ausencia, sería que no existen políticas claras en nuestro sistema de salud que permitan un seguimiento riguroso de los recién nacidos de alto riesgo de desarrollar alteraciones neuromotoras como son los prematuros y los de bajo peso al nacer, lo que dificulta el diagnóstico oportuno en el período donde aún, con un tratamiento oportuno, sería posible modificar lo que podría considerarse el curso natural de la discapacidad, porque la motricidad patológica aún no se ha fijado.

Figura 1. Asistencia de niños con Parálisis Cerebral a las 11 instituciones de neurorehabilitación encuestadas



Por lo general, este tipo de alteraciones son clínicamente evidentes a los 2 años de vida cuando los padres angustiados porque sus hijos no alcanzan las diferentes áreas del neurodesarrollo (motora, coordinación, social y lenguaje), acuden donde el médico en búsqueda de respuestas acerca de la situación que enfrenta su hijo, cuando a las 2-8 semanas de edad ya podrían identificarse, si los centros que brindan atención intensiva neonatal proporcionaran también un mecanismo para asegurar la atención continua y la evaluación de sus sobrevivientes de alto riesgo⁴, permitiendo una vigilancia multidisciplinaria, que facilitaría una intervención temprana frente a la detección precoz de niños con desviaciones del Neurodesarrollo.

Según registros de morbilidad hospitalaria procedentes de la Secretaría de salud de Medellín, los trastornos relacionados con la gestación corta y el bajo peso, en conjunto con la desnutrición fetal, constituyen el segundo motivo más frecuente de consulta externa con un número de casos de 6285 correspondiente al 7.71% del total de la población menor de un año para Medellín al año 2004⁵.

Este conjunto de factores ocasionan simultáneamente y en diversos grados de severidad, deficiencias del movimiento y la postura, lo cual en consecuencia con la tasa anual de natalidad de Medellín, (aproximadamente 33577 nacidos vivos para el 2004) (Tabla 2 y 3)⁶, es un factor de riesgo que conviene tener en cuenta para llevarse un seguimiento apropiado en el período neonatal que contribuya a disminuir el riesgo de otra complicación que afecte al niño y le cause algún daño o secuela de tipo neurológico.

Tabla 21. Nacimientos año 2004 por peso al nacer en Medellín

PESO AL NACIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
Igual o mayor a 2500 gr.	30038	89.5%
Menor de 2500 gr.	3469	10.3%
Sin información	70	0.2%
Total general de nacimientos	33577	100%

Tabla 3. Nacimientos año 2004 por edad gestacional Medellín

EDAD GESTACIONAL	Frecuencia	Porcentaje
A término	29455	87.7%
Pretérmino	3535	10.5%
Sin información	587	1.7%
Total general de nacimientos	33577	100%

Otro factor considerado de alto riesgo obstétrico en Medellín, es la tasa de embarazo en la adolescencia (10-19 años) de 44.21%⁷ lo cual, a pesar de ser un problema de salud pública, a muchas de estas madres no se les realiza un seguimiento periódico durante sus controles ni se les refiere para estimulación temprana.

Internacionalmente existe entre un 8 al 10% de secuelas de Parálisis Cerebral en los neonatos de bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos)⁸, y en los prematuros (nacidos con menos de 37 semanas de gestación); ya que estos son más propensos a tener daño cerebral ya sea por desarrollo inadecuado de las neuronas o por una leucomalacia periventricular, resultado de una hemorragia intraventricular o de la dilatación ventricular; lo cual es la lesión del cerebro más

común en niños de 32 semanas de gestación, produciéndose aproximadamente en el 40% de todos los prematuros.

El pronóstico neurológico y la calidad de vida de los niños con Parálisis Cerebral, dependen de la atención oportuna que se les brinde en sitios especiales para la habilitación funcional, con la coordinación de equipos en los que intervengan profesionales de diferentes disciplinas, y esto solo es posible con un diagnóstico oportuno y eficaz, que permita iniciar un tratamiento en etapas tempranas, para que el curso del desarrollo aunque retardado, siga la secuencia de organización necesaria para evitar la aparición de patrones anormales de suplencia funcional, que luego deforman los automatismos motores y dan lugar a las manifestaciones típicas de la parálisis cerebral.

Existen en el mundo múltiples modalidades de intervención que se ofrecen a niños con diferentes anormalidades del neurodesarrollo (Bobath, Rood, Kabat, Phelps, Pohl, Peto, Brunnstrom, Castillo Morales, Collis, Glenn Doman, Temple Fay, Vojta), algunas de amplia difusión en países desarrollados, otras con escasa bibliografía o estudios que las defiendan. Sin embargo, a pesar de la multiplicidad de tratamientos ofrecidos, existe muy poco conocimiento que respalde la toma de decisiones mejor fundamentadas.

Es primordial que todos los profesionales de la salud, estén actualizados y participen activamente en trabajos de investigación que busquen determinar las mejores modalidades terapéuticas disponibles para el tratamiento de los trastornos del neurodesarrollo, para poder informar, educar y asesorar considerando la variedad de métodos terapéuticos existentes actualmente a nivel mundial, sin emplear esquemas rígidos, sino por el contrario, saber definir el momento, la necesidad y la utilidad de cada una de ellos, con el fin de complementarlos entre sí y tener un criterio definido que permita establecer unos

objetivos funcionales y adaptativos a seguir en cada caso. Un profesional mejor informado, determina una mayor calidad de la atención que recibe el niño.

METODO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE VOJTA

Václav Vöjta Neurólogo y Neuropediatra Checo (1917 - 2000), comenzó los primeros intentos de su sistema de diagnóstico y tratamiento precoz de las alteraciones neuromotrices pediátricas en el año de 1954 desencadenando dos mecanismos automáticos de locomoción: la reptación y el volteo reflejo. Desde 1959 es usada para el tratamiento de los desórdenes motores del niño y un año después fue usada en bebés de alto riesgo de sufrir alteraciones de los patrones motores para prevenir la instauración de estos desórdenes. Su estudio se realiza actualmente en México, Chile, Dinamarca, España, Alemania, Checoslovaquia, Japón, Corea.

Permite realizar un diagnóstico de las alteraciones motoras y realizar un tratamiento precoz del desarrollo psicomotor⁹, entendiendo por precoz dentro del primer semestre de vida. Esto se consigue de una manera relativamente sencilla, económica y efectiva ya que solamente se requiere de un examinador adecuadamente preparado basándose en la evaluación del desarrollo motor, los reflejos primitivos y las reacciones posturales con respecto al desarrollo ideal de estos. Esta alternativa, estimula la aparición de los patrones motores normales que se encontraban bloqueados o reprimidos por los patrones patológicos.

No siempre es fácil detectar el grado de riesgo de un desarrollo anormal por valores como el tono o la reflexología primitiva, porque son dos parámetros muy subjetivos, dependientes del examinador y de las condiciones internas y externas en las que se encuentre el niño, o bien porque la intensidad de la sintomatología

es de expresión pobre como para posibilitar un diagnóstico definitivo. Sin embargo, es posible, emitir un juicio sobre la integridad del sistema nervioso y de ser posible, dar una opinión cuantitativa, a través del Método Vojta. Este concepto, fue diseñado para detectar tempranamente alteraciones motoras que permitan predecir la Parálisis Cerebral, aunque ha sido muy útil para diagnosticar otros padecimientos que afectan la motricidad.

CONCLUSION

Una formación profesional continua es hoy uno de los factores más importantes de desarrollo en el mundo, por el hecho de que en la actualidad existe una creciente demanda de nuevos perfiles y competencias profesionales y en especial por la necesidad personal de seguir aprendiendo para enfrentar los retos que impone el mercado y una sociedad cuyo único elemento estable es el cambio. Al hablar de una formación continua, se da a entender que el aprendizaje especializado proporcionado por las universidades u otras instituciones superiores ya no es suficiente para la práctica profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1998, vol. 17, N° 2 Parálisis cerebral y el concepto Bobath de neurodesarrollo. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-equino/pc_bobath.pdf
2. Kuban K. Levinton A. Cerebral Palsy. The New England Journal of Medicine Enero 20 1994; 330: 188 - 195.
3. Asociación Vöjta Internacional, 2001
4. United Cerebral Palsy. (Asociación para la Parálisis Cerebral).Feb 26 2006. Disponible en Internet <http://www.ucp.org/ucp>

5. Domínguez-Dieppa, Fernando. Neurodesarrollo del Neonato de Riesgo y Estimulación Temprana.http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/conferencias/neurodesarrollo/neurodesarrollo_e_stimulacion.htm
6. Morbilidad por consulta externa incidencia. Secretaría de salud de Medellín según RIPS, 2004.
7. ACEVEDO ARENAS LILIANA. Profesional en Estadística. Subsecretaría de Planeación Secretaría de Salud de Medellín.
8. DANE Regional Antioquia 2003. Análisis por residencia habitual de la madre en Medellín.
9. VOJTA V. Peters A. El principio Vojta, Madrid Springer – Verlag IBÉRICA 1995