

DESARROLLO INFANTIL DE 0 A 6 AÑOS

R e c i é n nacido	<p>Al nacer el niño presenta lo que se denomina “hipertonía fisiológica”, sus piernas y brazos se encuentran flexionados. Boca abajo es capaz de girar la cabeza rodando (sin control cefálico). Situado boca arriba realiza movimientos espasmódicos de las extremidades, la cabeza se encuentra, al igual que boca abajo, girada hacia uno de los 2 lados. En este periodo inicia la succión y predominan los reflejos neonatales.</p>
1 mes	<p>Las extremidades empiezan a separarse del cuerpo del niño. Boca arriba sitúa la cabeza cada vez más en la línea media. Durante el primer mes el niño pasa la mayor parte del día durmiendo, sólo se despierta y llora si tiene hambre o está incómodo. Se sobresaltan ante ruidos fuertes.</p>
2 meses	<p>Boca abajo levanta la cabeza y los hombros, para ello apoya su peso sobre los antebrazos colocados en pronación por detrás de los hombros. Sigue con la mirada a una persona que se desplaza (seguimientos laterales) y responde a la sonrisa. Pasa mayor tiempo despierto y le interesa lo que hay a su alrededor, le llaman la atención los objetos que se mueven y los colores.</p>
3 meses	<p>Apoyo sobre los antebrazos que se adelantan de tal forma que los codos se encuentran a la altura de los hombros. Adquisición del control cefálico Aumenta la zona de visión del niño que es capaz de disociar la cabeza de la cintura escapular, pudiéndola girarla hacia los lados. Boca arriba juega con sus manos y agarra objetos de forma involuntaria por el reflejo de prensión palmar. Si te acercas mucho a él te tocará el pelo, tirará de él, te tocará la cara y si le hablas te contestará con sonidos. Ríe a carcajadas</p>

Recomendaciones en la 0-3 meses:

- En los primeros meses la mayoría de los estímulos que le llegan al niño provienen del tacto, por ello tocar al bebe, cogerlo, acunarlo y abrazarlo es muy importante.
- Le tranquiliza que le hablen, prefiere la voz humana a cualquier sonido.
- Es recomendable proporcionarle una iluminación media y evitar los cambios bruscos de luz para favorecer la adaptación.
- El niño necesita objetos muy variados para potenciar sus sentidos: oído, tacto, vista.
- Hay que proporcionarle un espacio reducido y agradable que le de seguridad.
- Es muy importante cambiar de postura al niño y colocarlo en posición de decúbito prono en las horas de vigilia para que pueda desarrollar su musculatura y los mecanismos de enderezamiento contra gravedad de forma adecuada.
- Durmiendo colocar al niño boca arriba para evitar la muerte súbita del lactante pero cuando este despierto colocarlo boca abajo para favorecer su desarrollo.

4 meses	Tumbado boca abajo mantiene las piernas extendidas. Los codos sobrepasan la línea de los hombros y poco a poco se va extendiendo la columna. Es capaz de trasladar el peso hacia uno de los codos y extender el brazo contrario para alcanzar un objeto La porción torácica de la columna vertebral comienza a tener capacidad rotadora. Lleva sus manos a la línea media y empieza a jugar con ellas Aparece la prensión voluntaria
5 meses	Boca abajo es capaz de mantenerse apoyando las manos en el suelo con los brazos estirados. Extensión completa de las caderas Aumenta la lordosis lumbar Boca arriba explora sus piernas y rodillas Aparecen los movimientos natatorios, a partir de ese momento es capaz de pivotar sobre su abdomen Sonríe al espejo Responde negativamente cuando su madre se aleja Empiezan a interesarle más los objetos e intenta cogerlos y hacer ruido con ellos si suenan. Si le tapas la cara con un pañuelo intentará quitárselo.

6 meses	<p>Sentado con las manos apoyadas hacia delante Apoyo manos pelvis Inicio volteo de supino a prono, para poder realizarlo es necesario que se haya completado la sinergia flexo extensora, movimientos de rotación de columna y la disociación de la cintura escapular y pélvica Se coge los pies con las manos Aumenta el tono de la musculatura del abdomen Hace balbuceos vocaliza 4 sonidos diferentes Reacciona al oír su nombre Reconoce a la gente que le rodea y reacciona ante ellos con sonrisas y gestos especiales. Hacen ruidos para llamar la atención del adulto</p>
<p>Recomendaciones de 3-6 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ofrecer al niño objetos de diferentes formas, texturas y colores que pueda coger y agitar. -Es normal que en esta etapa el niño se lleve los objetos que coge a la boca, es su forma de explorarlos. -Inicio de juegos de interacción: taparles la cara con un paño para que se destape, sentarlo sobre las rodillas y moverlo... -Es conveniente establecer horarios de sueño y alimentación para que el niño vaya adquiriendo unas rutinas 	
7 meses	<p>Se sostiene sentado pero con las manos apoyadas hacia delante. Reacciones anteriores de paracaídas Lleva los pies a la boca Inicia prensión radio palmar Se lleva objetos a la boca Se pasa objetos de una mano a otra Coge 2 cubos 1 en cada mano Si le das de comer un alimento que no le gusta cerrará la boca y no querrá seguir comiendo.</p>
8 meses	<p>Sedestación larga Coge un cubo y luego lo suelta Juega a golpear 2 objetos Inicio de vocalización de silabas (ga, ta, da...) Se esforzará por alcanzar juguetes lejanos Juega a tirar objetos al suelo para ver como caen</p>

<p>9 meses</p>	<p>Comienza el desplazamiento Reptación, es frecuente que comiencen con un desplazamiento hacia posterior para lograr avanzar hacia delante Reacciones laterales de paracaídas Cuadrupedia Volteo prono supino Se coloca en posición de conejo y pasa a rodillas tomando un apoyo Se mantiene de pie tirando del apoyo de los brazos Levanto las manos para que me cojas en brazos y empiezo a decir adiós con la mano.</p>
<p>10 meses</p>	<p>Sedestación libre ya adquirida pudiendo manipular objetos en esta postura. Inicio del gateo, primero homologo y luego cruzado Comienza a ponerse de pie cogiéndose de los barrotes de la cuna con mayor implicación de mmii Comienzan a desarrollarse las reacciones de equilibrio y enderezamiento en bipedestación Anda empujando una silla Pasa de tumbado a sentado Dice una palabra de 2 silabas Coge un objeto pequeño entre el pulgar y el índice Saca y mete objetos en un recipiente</p>
<p>11 meses</p>	<p>Desplazamientos laterales con apoyo de las 2 manos en la pared o cogido a un mueble Da pasos cogido de las 2 manos Pulsa botones Responde a la orden "dame" Si le dices que "no" ante alguna acción, te mirará sorprendido</p>
<p>12 meses</p>	<p>Anda cogido de 1 mano Se mantiene de pie unos segundos sin apoyo Sacude la cabeza para decir no Ayuda al ser vestido y desvestido Primeras Palabras Mete un objeto en un recipiente</p>

Recomendaciones de 7-12 meses

- Necesita espacios amplios y seguros que le permitan moverse, por ejemplo, una alfombra cercana a un mueble que le sirva para desplazarse y para iniciar la puesta en pie.
- En esta etapa para el niño todos los objetos le sirven para jugar, tanto los propios juguetes como los cuentos, los encajables, tambores... como los objetos cotidianos como cajas de plástico, llaves...
- Juega con el niño delante del espejo, poniendo distintas caras (triste, contento, sacar la lengua...)
- Imita los sonidos, balbuceos que emita el niño y primeras palabras para estimular que las repita
- Cántale canciones sencillas con gestos.

14 meses	Marcha inestable, se cae con frecuencia Sube escaleras a gatas Señala con el dedo Hace garabatos en un papel Le interesan los juguetes que tienen otros niños y los intentará coger Le gusta verse en el espejo
18 meses	Mayor estabilidad en la marcha Pueden agacharse a coger un objeto sin agarrarse Da unos pasos hacia atrás Corre rígido Sube escaleras sujeto de 1 mano Sube a una cama y se baja Se pone de pie desde el suelo Empuja a un balón con el pie Señala y nombra algunos objetos y partes de su cuerpo Vuelve de 2 a 3 páginas a la vez Comienza a comer con una cuchara Bebe solo de un vaso Inicio de juego funcional
20 - 21 meses	Baja escalera sujeto de 1 mano Sube agarrado al pasamanos Anda en terreno irregular Torre de 5- 6 cubos Corre con movimientos coordinados Hace frases de 2 palabras Juega a imitar

<p>24 meses</p>	<p>Corre evitando obstáculos da patadas a un balón se mantiene sobre un pie con ayuda se desplaza siguiendo un ritmo salta desde un escalón torre de 6-7 cubos enfila perlas gruesas en una cuerda pasa paginas de 1 en 1</p>
<p>Recomendaciones de 13-24 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorecer que el niño se desplace por distintas superficies - Facilitarle objetos que pueda mover, arrastrar, trasportar, tirar... - Colócale objetos que le gustan cuando se encuentre de pie para favorecer el equilibrio en esta postura - Fomenta los juegos de pelota - Evita la sedestación en “w” - Nombra al niño características de los objetos que le rodean (tamaño, color, forma, utilidad) - Juega con el niño a esconder objetos y buscarlos - Favorece juegos en los que el niño tenga que utilizar un medio para conseguir un objetivo, como darle a un botón para que suene una música - Facilitale juegos de llenado y vaciado, utilizando una caja y objetos que pueda meter y sacar de la misma - Son recomendables en esta edad juguetes en los que el niño tenga que encajar o ensartar. - Léele cuentos sencillos - Enséñale los sonidos de los animales y objetos cotidianos - En esta etapa hay que fomentar la autonomía del niño y establecer rutinas diarias 	
<p>30 meses</p>	<p>Torre de 8 cubos sube solo la escalera alternando los pies se mantiene sobre 1 pie sin ayuda se pone solo los zapatos corre con cierto control, frena y cambia de dirección pedalea en un triciclo ensarta cuentas grandes</p>

36 meses	<p>Salta sobre los dos pies Anda en desnivel por el bordillo de la acera Sube y baja escaleras alternando los pies Se mece en un columpio cuando se le pone en movimiento Se sube a un tobogán y se deja caer Abre y cierra frascos con tapa de rosca y grifos Utiliza cuchara y tenedor Utiliza pasta de moldear y plastilina Empieza a usar las tijeras Torre de 9 cubos</p>
<p>Recomendaciones 3-4 años</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realiza con los niños juegos que impliquen saltar, correr... como por ejemplo el juego de la rayuela. - Fomenta que camine de distintas formas: puntillas, talones, como un soldado... - Juegos de pelota: lanzamientos, botes, secuencias de botes de pelota - Hacer diferentes formas con cubos: casas, castillos, coches - Juegos de discriminación de formas y colores - Déjale papel y pinturas y que pinte con la mano que quiera. - Cuéntale cuentos y haz que te los repita. - Dale pequeñas responsabilidades para que pueda ayudar en casa. - Ponle normas claras y ayúdale a cumplirlas para que pueda organizarse 	
4 años	<p>Forma una torre de 10 cubos Se mantiene sobre un solo pie Aprende a montar en bicicleta Recorre un camino lleno de obstáculos Se abrocha la ropa y es capaz de atarse los cordones de los zapatos Construye puentes con cubos El niño de 4 años conoce todos los colores principales y puede nombrar las partes de su cuerpo</p>
5 años	<p>El niño salta con los pies juntos y con un solo pie Va en bicicleta sin problema Aprende actividades motrices complejas como dar la voltereta</p>
6 años	<p>Es capaz de coser con una aguja grande o enrollar hilo en una bobina Conoce los días de la semana y los algunos datos como su dirección o teléfono Aprende el razonamiento lógico A partir de los 6 años se define la lateralidad del niño</p>

Recomendaciones de 4 a 6 años

- Proponle varias actividades y déjale elegir entre ellas
- Déjale moverse por distintos sitios, investigar el entorno.
- Ofrécele juguetes que potencien su creatividad
- Fomenta que juegue con otros niños.

Cada niño evoluciona a una velocidad diferente y de manera variable, un avance o retraso en un dominio o área (motora, cognitiva, lenguaje...) no significa que el niño tenga un problema, pero deben llamar la atención sobre la posibilidad de reforzar la estimulación de un área en concreto o del desarrollo global.

A continuación se indican los signos a tener en cuenta en las distintas etapas a la hora de detectar una anomalía en el correcto desarrollo de los niños:

Su hijo a los 3 meses:

- No sonríe
- No fija la mirada
- No es capaz de sujetar la cabeza
- No responde ante estímulos sonoros

Su hijo a los 6 meses:

- No presenta interés por coger objetos o no utiliza una de las manos

Su hijo a los 9 meses:

- No aguanta sentado
- No le interesa mirar ni tocar las cosas que hay a su alrededor
- No parlotea

Su hijo a los 12 meses:

- No es capaz de sostenerse de pie cogido de un mueble
- No busca la comunicación con el adulto
- No explora juguetes nuevos

Su hijo a los 18 meses:

- No camina
- No dice palabras
- No busca relacionarse

Su hijo a los 24 meses:

- Camina de forma inestable
- No realiza juegos de imitación
- Se va con cualquier persona que no conozca.

Su hijo a los 36 meses:

- No juega o únicamente juega solo
- No se relaciona con otros
- No muestra interés por el entorno
- No mantiene la atención

EPILEPSIA

DEFINICIÓN

La epilepsia es una enfermedad crónica del SNC (sistema nervioso central). Sus **síntomas** pueden ser:

- motores, sensitivos, sensoriales, autonómicos, psíquicos
- con o sin afectación de la conciencia.

Para ser considerada epilepsia tienen que darse 2 ó más crisis espontáneas separadas al menos por 24 horas.

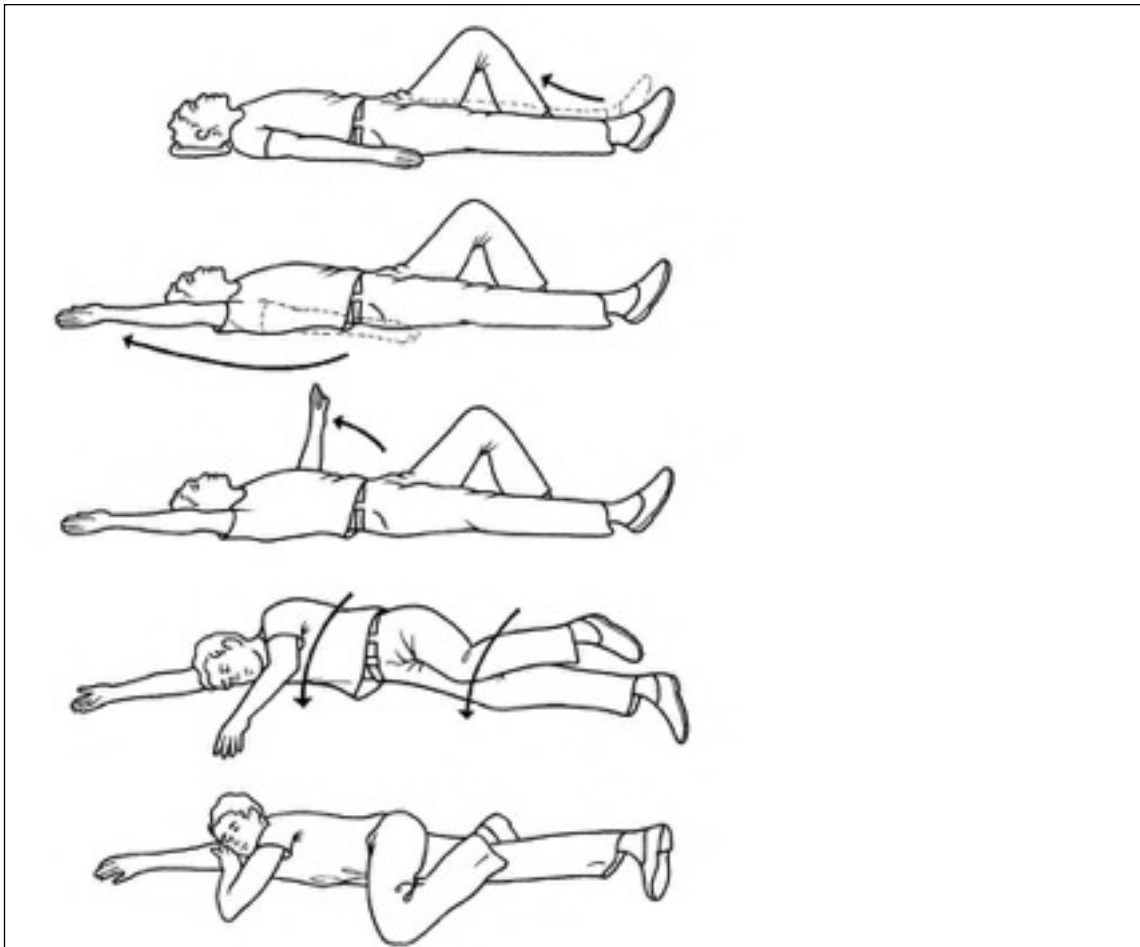
Debe diferenciarse el concepto de crisis epiléptica del de convulsión, que hace referencia a las contracciones musculares involuntarias de cualquier origen (no obligadamente cerebrales).

CLÍNICA

Es muy importante preguntar por la crisis, describirla con detalle; circunstancias en que sucede, relación sueño-vigilia, existencia de aura (sensación del paciente de que va a comenzar una crisis, ya sea ver un color, un olor, etc), estado de conciencia, síntomas motores, duración de la crisis, recuperación. Así como la historia familiar y personal.

QUE HACER EN PRESENCIA DE UNA CRISIS

- 1) En una primera o segunda crisis:
- Observar las características semiológicas de la misma.
 - Intentar reconocer y diferenciar la epilepsia de otros episodios paroxísticos de índole no epilépticos.
 - Colocar al paciente sobre una superficie dura evitando que se lesiones con objetos cercanos.
 - Cabeza rotada, para facilitarle la respiración.
 - No intentar sujetarle ni detenerle.
 - Aspirar secreciones si es necesario



- No meter nada en la boca.
- Esperar a su lado hasta que recobre la conciencia.

2) Paciente con diagnóstico cierto de epilepsia:

- Identificar tipo de crisis y síndrome.
- Identificar causas por las cuales repite las crisis.
 - Abandono de medicación.
 - Privación de sueño.
 - Relación con el ciclo menstrual.
 - Síndrome febril.
- Cuidados generales (enumerados anteriormente)
- Controlar la función respiratoria.
- Controlar la función cardiovascular.

PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

DEFINICIÓN

La PCI es un grupo de alteraciones permanentes del movimiento y la postura que limitan la actividad natural de un niño. Se debe a una lesión en un cerebro inmaduro, cuya causa puede ser pre, peri o posnatal.

La PCI se caracteriza por alteraciones en:

- Sistema neuro-muscular;
- Sistema músculo-esquelético;
- Alteraciones sensoriales;
- Alteraciones perceptivas;
- Alteraciones cognitivas;
- Alteraciones de la comunicación;
- Alteraciones de la conducta;
- Presencia secundaria de patologías como la epilepsia.

Ésta es una lesión permanente, sin embargo sus manifestaciones sí pueden ir cambiando a medida que el niño crece, se desarrolla e intenta compensar las dificultades posturales y del movimiento.

SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS.

Dichos signos y síntomas se podrían dividir en dos grandes grupos:

- Síntomas negativos:
 - a) Shock: se manifiesta con una parálisis e hiporreflexia.
 - b) Hipotonía: aparición de debilidad y pérdida de fuerza.
 - c) Pérdida en la destreza del movimiento:
- Síntomas positivos:
 - a) Posturas anormales.
 - b) Exageración de los reflejos propioceptivos (hiperreflexia o espasticidad). Se manifiesta por hiperreflexia osteotendinosa y por una resistencia velocidad-dependiente al movimiento pasivo.
 - c) Exageración de los reflejos cutáneos.

CLASIFICACIÓN.

Según la topografía:

- Hemiplejia: afectación limitada a un hemicuerpo (extremidad superior e inferior o bien del lado derecho o bien del lado izquierdo del cuerpo)
- Diplejia: afectación de las cuatro extremidades con predominio de las inferiores.
- Triplejia: afectación de tres miembros.
- Tetraplejia: afectación del tronco y las cuatro extremidades.
- Monoplejia: afectación solo de un miembro, aunque suele acompañarse de una afectación leve en el miembro homolateral.

Según la sintomatología:

- Parálisis cerebral espástica: es la forma más frecuente. Hay:
 - Movimientos lentos y faltos de ajustes necesarios para las actividades finas, careciendo de la naturalidad de un movimiento normal.
 - Hipertonía dependiente de la velocidad, espasticidad.
 - Patrón caracterizado por la rotación interna y aducción de hombros, flexión de codo, pronación de antebrazo, flexión de muñeca y flexión de dedos con aducción del pulgar. A nivel de las extremidades inferiores se producirá una

extensión, rotación interna y aducción de cadera, extensión de rodillas y flexión plantar.

- Parálisis cerebral discinética o atetósica: Se caracteriza por:
 - Movimientos involuntarios incontrolados anormales en su ritmo, dirección y características espaciales muy influidos por las emociones, la actividad o las condiciones de estabilidad.
 - Alteraciones del tono y la postura. El tono oscila fácilmente de la hipotonía a la hipertonía.
- Parálisis cerebral atáxica: Están caracterizadas principalmente por un cuadro de hipotonía e hiperextensibilidad articular, acompañado de una estabilidad pobre al intentar mantener una postura o un equilibrio deficitario (también presente un movimiento de vaivén del tronco y la cabeza). Existe una imprecisión en los movimientos voluntarios coordinados de alcance, movimientos oculares incoordinados, y en cuanto al tono muscular, la ataxia está casi siempre vinculada a la aparición de hipotonía, espasticidad o discinesia.
- Parálisis cerebral hipotónica: este tipo de PC es poco frecuente. Se caracteriza por una hipotonía o bajo tono muscular persistente acompañado de hiporreflexia osteotendinosa. Puede ser la primera fase que aparece a lo largo de la evolución de las manifestaciones propias de la parálisis cerebral.

TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS CEREBRAL.

TETRAPARESIA ESPÁSTICA

Objetivos:

- Normalizar el tono y alinear.
- Obtener máxima funcionalidad.
- Conseguir buenas reacciones de equilibrio y enderezamiento.
- Prevenir contracturas y deformidades.

NOTA: - Tono de tronco bajo y tono alto en las cuatro extremidades.

- Movimiento activo pobre, de escaso recorrido y carente de variedad, movimientos predecibles (siempre en los mismos patrones), globales y con dificultad al inicio.

- El patrón más habitual es el flexor.

- Reacciones de equilibrio pobres o ausentes en las partes más afectadas.

- Con el tiempo, debido a estas posturas anormales mantenidas, suelen aparecer contracturas y deformidades.

DIPARESIA ESPÁSTICA

Objetivos:

- Normalizar el tono y alinear.
- Desbloquear la pelvis (facilitar los movimientos en todos los planos).
- Conseguir mayor disociación entre ambas piernas
- Mejorar la cocontracción de flexores y extensores de cadera.

Objetivos:

- Normalizar el tono del lado afecto y alinear: simetría
- Integrar el hemicuerpo afectado.
- Obtener patrones de postura y movimiento normales.
- Conseguir buenas reacciones de equilibrio y enderezamiento en el lado afectado.
- Prevenir contracturas y deformidades en el lado afectado.
- Disminuir las reacciones asociadas del lado afecto.

NOTA: Desde los primeros meses de vida hay que prestar especial atención a la aparición de asimetrías, pues generalmente tienen una percepción asimétrica de su cuerpo, con menos información propioceptiva del hemicuerpo afecto. Por todo esto, no suelen integrar este hemicuerpo en las AVD y la asimetría se hace evidente en todas las posiciones y movimientos. Será de vital importancia durante el tratamiento, proponerle las actividades desde el lado afectado, para que tenga que integrarlo. Durante la manipulación con el lado sano, aparecen reacciones asociadas e incremento de la espasticidad del lado afecto. Con el tiempo, debido a estas posturas anormales mantenidas, suelen aparecer contracturas y deformidades.

ATAXIA

Objetivos:

- Normalizar el tono y alinear.
- Actividades para activar el tronco y dar estabilidad pélvica.
- Fortalecer musculatura (importante pelvis y rodillas).
- Aumentar la cocontracción a nivel pélvico.

NOTA: Los niños con ataxia presentan un temblor debido a que el tono muscular es bajo y por tanto hay una falta importante de estabilidad. Para movernos necesitamos que unas partes estén estables para poder mover otras, habitualmente necesitamos estabilidad en zonas más proximales de modo que podamos hacer movimientos distales. Por ejemplo, para dar un paso al caminar, necesitamos que la pelvis se mantenga estable de forma que podamos mover la pierna y dar un paso.

ATETOSIS

Objetivos:

- Normalizar el tono y procurar la máxima simetría posible.
- Correcto posicionamiento fuera de la sala de fisioterapia.

Objetivos:

- Normalizar el tono.
- Activar la musculatura contra gravedad.
- Evitar deformidades osteoarticulares.
- Conseguir movimiento activo y autónomo contra gravedad.

NOTA: El tono bajo hace que estos niños tengan dificultades para el movimiento voluntario. Para ayudar a subir ese tono y activar la musculatura se deben realizar actividades con mucho movimiento activo y estímulos fuertes. Los niños mayores, pueden desarrollar contracturas musculares, pero sobre todo presentan una laxitud articular que debido a la falta de "freno" por parte de los músculos, puede aumentar y producir daño en las estructuras articulares a largo plazo.

movimiento, esperaremos a que el espasmo comience a ceder e iremos llevando el tórax y la cabeza hacia la flexión y los miembros a la línea media. Para normalizar el tono y disminuir los movimientos espasmódicos, además de lo descrito anteriormente, es muy útil realizar rotaciones (disociando las cinturas) y dar carga.

En cualquier caso, estos niños son muy variables, no sólo en comparación unos con otros si no ellos mismos, por lo que habrá momentos en los que debemos realizar un tratamiento más parecido al de los niños con espasticidad y otros a niños con el tono bajo. Debemos valorar la situación

los posibles rasgos físicos característicos de cada síndrome) es encontrar una marcada hipotonía generalizada acompañada de mayor o menor laxitud articular.

TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES CROMOSÓMICAS

Objetivos:

- Aumentar el tono postural global.
- Evitar deformidades como pie plano-valgo, dorso plano o cifosis.
- Fortalecer musculatura antigravitatoria.

NOTA: Como ya hemos descrito, estas alteraciones cromosómicas tienen síntomas en común y síntomas específicos de cada alteración. Para poder realizar un tratamiento general hemos seleccionado: retraso del desarrollo motor, hipotonía muscular, alteración de la coordinación visual-motora (debemos prestar atención a los estímulos visuales y a la manipulación durante todo el tratamiento, dándole los estímulos adecuados a su edad en cada momento). ataxia-apraxia (marcha en candelabro) y movimiento incoordinado de extremidades.

Para desarrollar el tratamiento se debe tener en cuenta el desarrollo motor del niño y tener conocimiento de los objetivos que logra un niño en cada etapa de su vida, y así poder realizar un buen tratamiento.

DISTROFIAS MUSCULARES

Las distrofias musculares son un grupo de enfermedades hereditarias, clínica y genéticamente muy heterogéneas que se instauran en el nacimiento y se manifiestan en la primera infancia. La principal afectación se encuentra en el músculo estriado, pudiendo producir alteraciones cardíacas, ya que el corazón es un músculo estriado. Dentro de ellas podemos encontrar la Distrofia muscular de Duchenne, la de Becker o la de Steinert.

TRATAMIENTO DE LAS DISTROFIAS MUSCULARES

Objetivos:

- Mantener la musculatura y actividades funcionales el máximo tiempo posible.
- Evitar fatiga muscular.
- Prevenir contracturas y deformidades.

NOTA: Es importante tener en cuenta que estos niños se fatigan con facilidad, por lo que debemos respetar sus tiempos y necesidades de descanso y adaptarnos al niño en cada uno de sus estadios de evolución, por lo que el tratamiento se divide en las distintas fases de evolución de la enfermedad.

ATROFIA MUSCULAR ESPINAL INFANTIL:

DEFINICIÓN

Es una enfermedad neuromuscular, de carácter genético, que se manifiesta por una pérdida progresiva de la fuerza muscular. Esto ocurre debido a la afectación de las neuronas motoras de la médula espinal, que hace que el impulso nervioso no se pueda transmitir correctamente a los músculos y que éstos se atrofién. Encontramos 3 tipos, siendo el Tipo I el más grave y de más temprana aparición y el Tipo III el más leve y de aparición más tardía.

TRATAMIENTO ATROFIA ESPINAL INFANTIL

Objetivos:

- Fortalecimiento muscular.
- Mantenimiento de las habilidades funcionales y capacidad respiratoria.
- Prevenir contracturas y deformidades.

NOTA: Encontramos tres tipos de Atrofia espinal infantil, en las cuales el síntoma común es la debilidad muscular, lo que produce alteraciones secundarias como por ejemplo escoliosis, disminución de la capacidad respiratoria debido a la debilidad de los músculos que intervienen en ella y fatigabilidad.

ESPINA BÍFIDA

DEFINICION.

La Espina Bífida es la anomalía congénita más frecuente derivada de un defecto en el cierre del tubo neural. Se produce un cierre incompleto del canal vertebral provocado por un fallo de fusión de los arcos vertebrales, pudiendo afectar tanto al sistema nervioso central como al esqueleto y la piel.

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN ESPINA BÍFIDA

Objetivos

- Prevenir deformidades y contracturas.
- Evitar posibles fracturas óseas y heridas en la piel.
- Conseguir el grado máximo de independencia.

NOTA: Es importante realizar una valoración lo más minuciosa posible del nivel de la lesión, ya que debido a la irregularidad de la lesión los signos pueden ser asimétricos. Debemos valorar la sensibilidad, el estado de la piel, las articulaciones y músculos, el equilibrio, su capacidad funcional y la relación familiar. Durante todo el tratamiento debemos tener muy en cuenta el nivel de lesión (ya que las actividades que el niño podrá realizar dependerán de la musculatura que

PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA

DEFINICION

Por una complicación en el parto se produce una excesiva tracción de los nervios del plexo braquial, produciendo una monoplejía flácida del miembro superior.

TRATAMIENTO PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA:

Objetivos:

- Prevenir las contracturas musculares y deformidades.
- Mantener el rango articular.
- Estimular los músculos atónicos y relajar los hipertónicos.
- Mejorar la integración sensorio-motriz.
- Reeducar la función.

NOTA: El tratamiento de fisioterapia no tiene un efecto directo sobre la inervación, sino sobre la prevención para que no se produzcan deformidades y en la mejora de la funcionalidad. Es muy importante tener en cuenta que el tratamiento debe ser precoz y continuo.

PARÁLISIS CIÁTICA

DEFINICION

Secundaria al catéter intraarterial, sobre todo en la arteria umbilical, por espasmo de la arteria glútea inferior. No obstante, al igual que en otras edades, las más frecuentes son las motivadas por inyección intramuscular glútea, sobretodo en prematuros, en los que cada vez se utiliza menos esta vía.

TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS CIÁTICA

Objetivos:

- Fortalecer la musculatura que conserva inervación.
- Prevenir contracturas y deformidades.
- Dar las ayudas técnicas necesarias para mejorar su funcionalidad.

NOTA: Cuando llega a la consulta una paciente diagnosticado de una parálisis del nervio ciático lo primero que se debe realizar es una valoración de la extensión de la lesión. Podemos encontrar una parálisis completa del nervio aunque, lo más frecuente, es encontrar una lesión parcial donde se vea afectado el nervio ciático poplíteo externo o el interno.

Lesión del ciático poplíteo externo, que inerva los músculos tibial anterior, extensor común y propio de los dedos y peroneos laterales, la principal afectación del paciente se encontrará en los movimientos de flexión dorsal y eversión del pie adquiriendo, éste la posición de equino-varo. A nivel sensitivo la afectación se localizará en la cara externa y en el dorso del pie.

Lesión del interno, que inerva los gemelos, sóleo, tibial posterior, flexor común de los dedos, flexor largo del dedo gordo y músculos plantares, se verán afectados los movimientos de flexión plantar e inversión. A nivel sensitivo la alteración se localizará en la zona del tendón de Aquiles, talón, planta y borde externo del pie.

POLIOMIELITIS

DEFINICIÓN

La poliomielitis es una enfermedad vírica aguda que se caracteriza por una parálisis flácida asimétrica causada por el virus de la polio.

TRATAMIENTO POLIOMIELITIS

Objetivos:

- Fortalecimiento muscular.
- Prevenir contracturas y deformidades.
- Dar las ayudas técnicas necesarias para mejorar su funcionalidad.

NOTA: El tratamiento en fase aguda pasa por cambios posturales, estiramientos y fortalecimiento muscular, llevando a cabo un tratamiento en

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

DEFINICIÓN

El Síndrome de Guillain-Barré (SGB), es una enfermedad autoinmune que provoca una neuropatía desmielinizante que afecta extensamente al sistema nervioso periférico (SNP). Se desencadena tras una infección viral o bacteriana. Produce una debilidad simétrica, rápidamente progresiva, de inicio distal que avanza a proximal y que en ocasiones llega a afectar a la musculatura de la cara, de la deglución y de la respiración. Suele cursar con pérdida de reflejos osteotendinosos y con leves o ausentes signos sensitivos.

Los nervios periféricos se ven dañados y las señales nerviosas no pueden ser emitidas eficazmente. Debido a esto los músculos empiezan a perder su capacidad de responder a las señales cerebrales y el cerebro también recibe menos señales sensoriales que el resto del cuerpo lo que hace imposible que se sientan diversas sensaciones como calor, dolor... Como alternativa, el cerebro podrá recibir señales inapropiadas, es decir, parestesias e hiperestésias. Las debilidades musculares y las sensaciones de cosquilleo aparecerán en un primer momento en las extremidades, debido al largo camino que deben de recorrer hasta el cerebro y progresarán ascendentemente.

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRE

Objetivos:

- Prevenir la aparición de retracciones musculares.
- Cuidado de la piel, evitando la aparición de úlceras por presión.
- Prevención de complicaciones respiratorias como por disminución de la ventilación pulmonar.
- Mantenimiento de la amplitud articular.
- Prevención de problemas circulatorios.
- Restablecer la función motora.

NOTA: La fisioterapia debe comenzar precozmente para evitar posibles complicaciones como tromboflebitis y deformidades de las articulaciones. Nuestro primer objetivo es disminuir la severidad de la atrofia muscular que se produce como consecuencia de la parálisis prolongada y en segundo lugar debemos ayudar a restablecer la función motora, lo cual se produce en dirección próximo-distal en los niños.

TRASTORNOS POR DEFICIT DE ATENCION Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

DEFINICIÓN

• El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno que se origina en la edad infantil. Se caracteriza por un nivel de **impulsividad, actividad y atención no adecuado** a la edad de desarrollo. Muchos niños y adolescentes con TDAH presentan dificultades para regular su comportamiento y ajustarse a las normas por lo que en consecuencia, tienen dificultades para la adaptación dentro de su entorno familiar, social y en las relaciones con los iguales. Además pueden presentar trastornos emocionales y del comportamiento.

TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO O AUTISMO

Se consideran como trastornos generalizados del desarrollo:

1. Trastorno Autista
2. Trastorno Rett
3. Trastorno Desintegrativo Infantil
4. Trastorno de Asperger
5. Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado

Estos trastornos están caracterizados por una alteración en distintas áreas funcionales que hacen que el niño presente una alteración generalizada en los procesos de su desarrollo. Esto ocasiona un retraso y alteración en los patrones normales del desarrollo del niño que afecta en mayor parte a tres áreas del desarrollo: social, comunicación y conducta. Sus características clínicas son:

1. Alteraciones en las relaciones sociales y de interacción
2. Alteraciones en el lenguaje verbal y no verbal
3. Presencia de patrones e intereses restrictivos y repetitivos de conducta

TRATAMIENTO DE LOS TEA

Desde el punto de vista motor al menos el 65% de los niños que padecen TEA presentan en mayor o menor grado un retraso en el desarrollo. Los problemas motores registrados en estos niños incluyen andar torpe, pobre tono muscular, dificultades de equilibrio, control motor y destreza manual deficientes, y dificultades con las praxias y la planificación de movimientos, estando en riesgo de deficiencias motoras clínicamente significativas.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde el punto de vista de la fisioterapia incidiremos sobre las funciones mentales y sensoriales, el dolor, las funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, el aprendizaje y aplicación del conocimiento, el autocuidado, las interacciones y relaciones interpersonales y el desarrollo de su vida comunitaria.

Estos objetivos se trabajan desde el aporte de sensaciones y experiencias al niño que por presentar dificultad en la interacción con el entorno no lo explora y por tanto no se desarrolla plenamente en todos los ámbitos. Es importante valorar el desarrollo de todas las áreas para incidir sobre los aspectos deficitarios y aportar al niño las experiencias sensoriales y de movimiento necesarias.