

7. Criterio acerca de las reintervenciones

Cada vez se reintervienen menos pacientes

Por la severa rigidez y la dificultad de rehabilitación. Entre más procedimientos quirúrgicos se realicen,

mayor la rigidez y la dificultad en la rehabilitación; la tendencia actual es la de dejar algunas subluxaciones residuales, ya que el resultado a largo plazo, es mejor que el de las caderas reintervenidas.

V. PROTOCOLO DE REHABILITACION EN EL MANEJO POST-QUIRURGICO DE LA LUXACION CONGENITA DE CADERA

F.T. Rosa Meza Carreño
Bogotá - Colombia

La cadera es un elemento articular a quien se le confiere un papel privilegiado en la organización locomotora. Es un elemento determinante de una postura erguida y de una marcha funcional.

Debido a la alta incidencia de pacientes con diagnóstico de Luxación Congénita de cadera que son atendidos en el Instituto Colombiano de Ortopedia y Rehabilitación Franklin Delano Roosevelt y a los que se les ha brindado un tratamiento ortopédico y/o quirúrgico, se hace necesario establecer un plan de tratamiento que se adapte a las exigencias del paciente, para lograr la máxima recuperación de cada uno de ellos.

Por medio de la información suministrada por parte del Ortopedista al paciente, pretendemos que por lo menos un 80% de ellos asista al servicio de Fisioterapia para lograr una exitosa recuperación.

Se debe establecer un tratamiento Ortopédico y/o quirúrgico de manera inmediata en los pacientes con esta entidad, para lograr una mayor recuperación no sólo en su aspecto físico y funcional sino también Psico-social. Además de la gran importancia que tiene el establecer un protocolo adecuado de tratamiento fisioterapéutico que incluya una evaluación e instrucción con control periódico por consulta externa.

Objetivos del tratamiento de fisioterapia en el manejo post-quirúrgico de la luxación congénita de cadera

Objetivos mediatos

- Instaurar y/o restablecer la funcionalidad del miembro inferior intervenido quirúrgicamente.

- Restablecer y/o mantener la función del miembro inferior contralateral.
- Brindar al paciente las mejores posibilidades funcionales y estéticas que le permitan alcanzar la máxima independencia posible.
- Favorecer al máximo las condiciones, para un buen desarrollo psicomotor.

Objetivos inmediatos

- Disminuir el dolor o eliminarlo.
- Mantener y/o restablecer los arcos de movimiento.
- Aumentar y/o restablecer la potencia muscular.
- Evitar y corregir deformidades.
- Proporcionar información a los padres del paciente para que estos tengan claros los objetivos que se persiguen con el tratamiento y colaboren al buen desarrollo de éste.

Protocolo de tratamiento fisioterapéutico en el manejo post-quirúrgico de la luxación congénita de cadera

El tratamiento de Fisioterapia se encuentra tendiente a cumplir los objetivos trazados y se desarrollará con la realización de actividades que logren los movimientos deseados y necesarios tales como la Flexión, Abducción y Rotación interna de cadera, fomentar los movimientos de las articulaciones vecinas como rodilla y cuello de pie; mantener más

no aumentar los movimientos de Adducción y Rotación externa de cadera.

Independientemente de lo localizada que esté la lesión, la fisioterapeuta debe recordar que hay que tratar al paciente de una manera global, ya que es la funcionalidad completa la que se ve afectada.

El dolor muscular se presenta con diversa intensidad en la mayoría de los casos. El dolor causa un espasmo protector a los músculos que rodean la articulación y los incapacita para contraerse y relajarse alternadamente. El movimiento se inhibe y el paciente es incapaz de mover la articulación y por consiguiente habrá una pérdida del movimiento articular.

Teniendo en cuenta lo anterior, el plan de tratamiento será:

Primera semana:

- Calor húmedo durante 15 minutos para aliviar dolor y espasmo muscular protector.
- Ejercicios isométricos a músculos de cadera (Abd y RI).
- Ejercicios activos para rodilla y cuello de pie.
- Test articular activo de control de inicio de tratamiento.

Segunda semana:

- Calor húmedo durante 15 minutos.
- Ejercicios activos y activos asistidos a cadera y rodilla del miembro comprometido.

Tercera semana:

- Calor húmedo durante 15 minutos.
- Ejercicios activos y activos asistidos a cadera y rodilla del miembro comprometido.
- Fortalecimiento a músculos de cadera y rodilla por medio de diferentes técnicas (Kabath, Nady, etc.).
- Actividades en colchoneta para favorecer equilibrios, coordinación y fortalecimiento global.

Cuarta semana:

- Debe realizarse un test articular de control, en forma activa y pasiva, para observar los cam-

bios obtenidos. Al encontrarse un arco de movilidad activa del 50% o mayor del 50% se iniciará mecanoterapia, entrenamiento en marcha, cuyas fases son: EXAGERACION, mediante actividades en colchoneta y dentro de barras paralelas, AUTOMATIZACION, dentro y fuera de barras paralelas; CORRECCION, utilizando como ayuda rampas y escaleras.

Este protocolo de tratamiento post-quirúrgico se seguirá sin variación para cirugías como: Salter, Pemberton y Chiari. Obteniendo un arco de movimiento mayor y una recuperación más pronta en Salter y Pemberton; y una menor funcionalidad y un mayor tiempo de recuperación de los arcos de movimiento en la cirugía de Chiari y Klisic, cirugía que se realiza en pacientes mayores de cinco años, siendo esta una de las causas de disminución de funcionalidad.

En el post-operatorio inmediato el paciente es colocado en tracción cutánea, con el fin de disminuir el espasmo muscular, el dolor y procurar una estabilización de la cadera.

Esta va acompañada del protocolo de tratamiento anteriormente descrito y será retirada cuando se obtenga un porcentaje de movilidad PASIVA del 50% o mayor del 50%, resultado que esperamos obtener en dos semanas de tratamiento.

El tiempo de tracción no debe ser mayor de dos semanas, puesto que esto interfiere en la ganancia de arcos de movilidad ACTIVA, que es nuestro principal objetivo.

En caso que el paciente, al realizar una primera valoración, presente deformidad en flexión de cadera, se aconsejará colocar la tracción cutánea en decúbito prono.

Con base en la experiencia obtenida en el servicio de Fisioterapia del Instituto de Ortopedia y Rehabilitación Franklin Delano Roosevelt, el tiempo de tratamiento promedio para la rehabilitación de una cadera en post-operatorio de Salter y Pemberton será de 4 semanas, obteniendo al final de éstas una excelente funcionalidad del paciente, controlando este resultado periódicamente por medio de planes caseros. En cuanto a las cirugías de Chiari y Klisic, el tiempo de rehabilitación será de 8 semanas, sin esperar obtener al final de estas una buena funcionalidad, debido al deficiente porcentaje obtenido tanto en movilidad Activa como Pasiva de la cadera intervenida.

Técnicas como Kabath, Nadys y Odonohu son utilizadas para fortalecimiento muscular en la tercera semana y en niños mayores de 4 años, teniendo en cuenta que para una buena realización de estas se requiere la colaboración del paciente.

Antes de iniciar el entrenamiento en marcha, es importante tener en cuenta la medida tanto REAL como APARENTE de los miembros inferiores, pues-

to que si existe una discrepancia, se aconsejaría el uso de un realce, para obtener un patrón de marcha satisfactorio y funcional y evitar posteriores deformidades y alteraciones posturales.

La eficacia del tratamiento fisioterapéutico dependerá de la edad del paciente, la severidad de la lesión y de una colaboración "activa" por parte del paciente y su familia como complemento.

VI. REHABILITACION EN LA ESPALDA DOLOROSA

*Dr. Alvaro Silva Ardila
Bogotá - Colombia*

INTRODUCCION

El dolor lumbar y en general el dolor de espalda ocupan el segundo lugar como causa de consulta médica y son responsables de una gran incapacidad laboral, considerada en los Estados Unidos en el año 1987 con cifras en dólares equivalentes al presupuesto de Defensa; de manera que hoy en día los países desarrollados están elaborando estrategias dirigidas a la creación de sistemas preventivos a nivel industrial que permitan disminuir los altos costos que representa esta entidad.

La lumbalgia no es una alteración per-se, sino únicamente como síntoma de una afección músculo-esquelética o neurológica localizada en la columna. Son innumerables las causas que pueden llevar a dolor de espalda, sin embargo hay una manifestación común a todo tipo de patología y ésta se localiza a nivel muscular, pudiendo a su vez ser responsable de una serie de alteraciones que se producen en cascada. Todo se inicia con la modificación del balance muscular de la espalda, dado principalmente por los flexores de cadera y rodillas por los abdominales y extensores vertebrales.

Parece ser que la posición sedente favorece la retracción de los músculos flexores de las caderas y de los isquiotibiales produciendo un aumento de la anteversión de la pelvis e hiper lordosis lumbar, ésta última permite que la carga que recibe los discos se localice en la parte posterior del anillo fibroso con las lesiones que llevan a la hernia del disco como veremos más adelante. De cualquier manera la anteversión pélvica favorece el acortamiento de los músculos lumbares, cuando se efectúan los movimientos de flexión anterior del tronco y hay una retracción de los isquiotibiales, estos frenan la pelvis

llevando a que la flexión se realice a nivel vertebral, donde ya hay restricción de los movimientos por la alteración de sus músculos intrínsecos, lo que produce dolor por el estiramiento que allí se produce. Por otro lado, la hiperlordosis lumbar puede llevar a un aumento de la cifosis torácica de tipo compensatorio, creando así un nuevo problema y otra causa de dolor; el sedentarismo conlleva también a la debilidad progresiva de los extensores vertebrales y de los abdominales, músculos básicos en el balance vertebral; cuando éstos grupos musculares se ven sometidos a esfuerzos físicos, bien sea oficios caseros, trabajo de escritorio, etc., éstos músculos debilitados se fatigan fácilmente y responden con dolor, el cual mejora durante el reposo, pero si la exigencia física aumenta el dolor puede llevar a producir espasmos musculares los cuales se pueden acompañar inclusive de fenómenos inflamatorios dentro de la fibra muscular, dolor éste que mejora parcialmente durante el reposo. El fenómeno inflamatorio puede incluir la fascia muscular y localizarse sobre los llamados puntos gatillo del músculo dando origen a los síndromes miofasciales, los cuales se acompañan de dolores referidos a puntos distantes que pueden llegar a parecerse a los dolores radiculares pero que durante el examen neurológico no tiene correspondencia metamérica.

El dolor lleva a que el paciente evite ejercitar el músculo con el aumento de la atrofia, creando así un círculo vicioso.

En algunos pacientes no se instaura el síndrome miofascial pero la atrofia muscular lleva a dolor cuando se ve exigido dicho músculo, pudiendo aparecer por largos periodos incluso años, cuando además el paciente por su personalidad, usa el dolor