

Evaluación fisioterápica en el recién nacido

Autor: Sánchez González, Mónica (Fisioterapeuta).

Público: Fisioterapeutas. **Materia:** Investigación. Área: Área de Investigación en Ciencias de la Salud - Fisioterapia. **Idioma:** Español.

Título: Evaluación fisioterápica en el recién nacido.

Resumen

Una de partes más importantes de la fisioterapia es la parte de la evaluación, cobrando más relevancia si cabe si es en el ámbito de pediatría. Para ello, se ha de realizar una exploración exhaustiva del niño, atendiendo a las diferentes etapas del desarrollo y a las características concretas de cada uno. Uno de los aspectos a tener en cuenta es la exploración neurológica, más concretamente en los reflejos. Por otro lado, hay que dar prioridad a la sintomatología propia de cada patología como es el caso de la parálisis braquial obstétrica.

Palabras clave: Evaluación, fisioterapia, pediatría.

Title: Physiotherapy evaluation in the newborn.

Abstract

One of the most important parts of physiotherapy is the part of the evaluation, becoming more relevant if it is possible in the field of pediatrics. To do this, a thorough exploration of the child has to be carried out, taking into account the different stages of development and the specific characteristics of each one. One of the aspects to take into account is the neurological exploration, more specifically in the reflexes. On the other hand, it is necessary to give priority to the symptomatology of each pathology, as in the case of obstetric brachial palsy.

Keywords: Evaluation, physiotherapy, pediatrics.

Recibido 2018-07-26; Aceptado 2018-08-02; Publicado 2018-08-25; Código PD: 098134

INTRODUCCIÓN

En el momento de evaluar a un recién nacido, el fisioterapeuta se deberá centrar en aspectos fundamentalmente de tipo muscular y neurológico, con el fin de asegurar que correcto desarrollo motor del mismo. ^(1,2,3)

El bebé sufre una serie de cambios hasta alcanzar la madurez como ser humano. Dichos cambios tienen inicio ya en la etapa embrionaria y que finalizan al alcanzar a madurez física, mental, emocional y social. ^(1,2,4)

EVALUACIÓN DEL ESTADO NEUROLÓGICO.

Lo primero a observar en el recién nacido es el tono muscular que tiene. Debe de existir una hipertonia fisiológica con los cuatro miembros en flexión y la cabeza, al colocarlo boca abajo se encuentre rotada 70º hacia uno de los lados. ^(1,3,4,5)

Otro factor a tener en cuenta es la presencia de todos los reflejos primitivos o arcaicos, que son respuestas motoras arcaicas y estereotipadas a maniobras que se realizan de forma sistemática y que ponen de manifiesto la prioridad de los centros talámicos subcorticales coordinadores del tono muscular y del movimiento durante el periodo que conlleva la maduración del córtex cerebral. ^(2,4,5,6)

La mayor parte de los reflejos desaparecen de forma natural y espontánea a medida que el bebé va madurando y adaptándose al nuevo medio en el que se encuentra. Constituyen los cimientos para la movilidad voluntaria y funcional con la que se va a encontrar en la vida real. ^(1,5,7,8)

El reflejo de succión ha de ser explorado en decúbito supino, introduciendo el índice entre los labios, moviendo hacia dentro y hacia fuera. Es fundamental que este activo en los primeros meses de vida para facilitar la alimentación y el agarre al pecho de la madre. ^(1,2,5,7,8)

El reflejo de apoyo se produce al sujetar al lactante por las axilas y al levantarlo hacia arriba busca apoyo en bipedestación extendiendo los miembros inferiores. Esta respuesta desaparece al quinto mes de vida. ^(1,5,7,9)

El reflejo de bipedestación y de la marcha automática es el primer paso para la locomoción. Para evaluarla, se ha de colocar al niño en bipedestación sobre la camilla y sujeto por las axilas. Al primer contacto de la camilla con el pie, los miembros inferiores reaccionaran enderechándose. Si además su cuerpo se inclina hacia delante, se iniciará el reflejo de marcha automática, colocando un pie tras otro, avanzando por la superficie como si caminara. Este reflejo permanecerá activo hasta las cuatro o seis semanas de edad. ^(1,3,5,8)

El reflejo de prehensión plantar es el reflejo de supervivencia de agarre con los pies. Al presionar con el dedo la planta del pie, el bebe tiende a agarrar y cogerlo. Este patrón se mantiene hasta los seis o siete meses de edad. ^(1,2,5,6,10)

El reflejo de orientación permite al lactante encontrar el pecho de la madre. Para estimularlo se toca alrededor de los bordes de los labios con el dedo, la respuesta del niño es fruncir los labios en posición de succión. ^(2,4,5,8,11)

El reflejo de prehensión palmar es considerado otro de los más importantes ya que estimula el agarre. Al presionar la palma del bebé, el niño tiende a cerrar la mano y a agarrar firmemente el dedo. ^(1,3,5,8,9)

El reflejo de Moro se obtiene al nacimiento y se explora con el lactante sujeto por el tronco y la cabeza. Al quitar de golpe el apoyo de la cabeza, se deja caer al bebe hacia atrás, haciendo que se alarme el niño respondiendo con una extensión brusca de ambos brazos con un movimiento amplio, las manos abiertas y los pulgares en abducción. También se acompaña ocasionalmente de una extensión simultanea de las piernas. Pasados unos meses, esta respuesta puede seguir estando presente, pero tanto los brazos como las piernas se abducen con una amplitud menor. ^(1,5,9)

El reflejo del escalón o de saltar un obstáculo es aquel se produce cuando se estimula al niño en bipedestación y se le roza el borde de la camilla por la parte dorsal del pie, ocasionando que éste haga una flexión de los miembros inferiores con la intención de saltar o librar el obstáculo, subiéndose a la camilla. ^(1,5,8)

En el reflejo de Galant, el niño es examinado en decúbito prono o en suspensión ventral. El fisioterapeuta deslizará el dedo a lo largo del lado exterior del tronco partiendo desde la ultima costillas las crestas iliacas. El niño ejecutara una inclinación del tronco hacia el lado donde recibe el estímulo. Este reflejo aparece al nacer y se puede decir que queda establecido en el niño hasta los seis u ocho meses. ^(1,5,6,8,9)

El reflejo tónico asimétrico se evalúa con el niño en reposo, acostado boca arriba con los miembros alineados. Al girar la cabeza bruscamente hacia uno de los lados, se obtiene como respuesta extensora de los miembros a los que mira y una flexora de los homolaterales a la nuca. En los niños con una respuesta motora normal puede verse esta reacción motora de esgrima hasta cumplidos los tres o cuatro meses de edad. ^(1,5,8,9,10)

EVALUACIÓN DEL CONTROL DE LA CABEZA.

El control de la cabeza es un aspecto fundamental para el desarrollo del niño y es el punto de inicio para la consecución del resto de las funciones. Hasta que la sujeción del cuello no se realice de forma adecuada, y contra la fuerza de la gravedad, el bebé será incapaz de alcanzar el control de ojo-mano, la agudeza de la visión y la estabilidad ante la acción de la gravedad. ^(1,2,3,5,8,9)

El desarrollo del control de la cabeza se lleva a cabo colocando al bebe durante periodos cortos de tiempo en la posición de decúbito prono, estimulando al bebe para que mire hacia arriba mediante sonidos con juguetes o con la voz de la madre. El desarrollo de este control marca la evolución del sistema laberintico, mas concretamente del área de enderezamiento, ya que será capaz de ubicar donde se encuentra la horizontal. ^(1,5,9,11)

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LA LOCOMOCIÓN

En el momento del nacimiento, al poner el bebé en bipedestación se activa el reflejo de marcha automática y el reflejo de la bipedestación. En este caso los movimientos son estereotipados, primitivos y torpe, pero es el primer paso para la marcha en el adulto. A medida que pasan los meses, el bebé va fortaleciendo los miembros inferiores a través de las patadas al aire y el pataleo permitiendo que aumente el tono muscular para una posterior bipedestación. ^(1,5,9,10)

El desarrollo tardará aproximadamente unos 5 años en ser completo ya que conlleva un control de la estabilidad y del equilibrio en varias velocidades, es decir, tanto caminando como corriendo o saltando. ^(1,2,5,7,10)

EVALUACIÓN EN LA PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA (PBO)

La parálisis braquial obstétrica es una patología que tiene su origen en el expulsivo del parto cuando el feto no se encuentra bien colocado y se produce un arrancamiento del plexo braquial. En este tipo de casos, la evaluación se realiza de forma muy exhaustiva, observando y tratando de controlar los reflejos que el lactante mantiene. ^(1,5,8,9,11)

El reflejo de Moro será asimétrico, el reflejo de prehensión estará abolido o disminuido y los reflejos osteo-tendinosos estarán abolidos según a que nivel de la raíz. ^(1,2,5,8,11) Ocasionalmente se pueden tener trastornos de sensibilidad, siendo lo más común una ligera hipoestesia. En cuanto a la movilidad articular se ha de explorar en todos los grados de movimiento, detectando las posibles carencias que pueda tener para cuanto antes comenzar un tratamiento fisioterápico precoz. ^(1,6,7,9,10,11)

Bibliografía

1. Macias L, Fagoaga J. Fisioterapia en Pediatría. McGraw Hill Interamericana 2002.
2. Van Rhijn, J., Molenaers, G., & Ceulemans, B. (2005). Botulinum toxin type A in the treatment of children and adolescents with an acquired brain injury. *Brain Inj*, 19, 331-335
3. Shepherd RB. *Physiotherapy in Paediatrics*. 3r.ed. Butterworth Heinemann. 1995.
4. Pastor, T. (2005). Relación entre respiración oral y deglución atípica: estudio piloto de niños que presentan la característica común de lengua baja. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, 25: 121- 127.
5. Toledo MI, Alarcon AM, Bustos LM, Molina JP, Heusser FR, Garay FG, et al. Validation of quality of life questionnaire ConQol for Chilean children with congenital heart diseases. *Rev Med Chil*. 2012;140(12):1548-53
6. Horak F.B., Shupert C.L., Dietz V., et al. Vestibular and somatosensory contributions to responses to head and body displacements in stance. *Exp. Brain Res*. 1994, 100: 93-106.
7. Jasso Gutiérrez, L., *Neonatología Práctica*, 17° edición, Editorial El Manual Moderno, 2008.
8. García López E, Santos Rodríguez F, Rodríguez Suárez J, Carbajo Pérez E. *Investigación en biomedicina*. *Bol Pediatr* 2005; 45: 151- 155.
9. Hay, Jr. *Diagnóstico y Tratamiento Pediátrico*, 12° edición, Manual Moderno, México, 2008.
10. Yeates, K. O., Taylor, H. G., Wade, S. L., Drotar, D., Stancin, T., & Minich, N. (2002). A prospective study of short- and long-term neuropsychological outcomes after traumatic brain injury in children. *Neuropsychology*, 16, 514-523.
11. Peralta, M.E. (2001). *Reeducación de la deglución atípica funcional en niños con respiración oral*. Barcelona, España: ISEP