

fisioterapia se centrará en seguir con las pautas de la etapa de la marcha asistida y se sumará el tratamiento de la escoliosis, mediante técnicas de estiramiento y la colocación de un corsé o de una cuña en la silla para evitar su rápido avance. ^(1,3,5,7,9,11) Además, se ha de realizar una valoración exhaustiva de la respiración, para facilitar el drenaje de las secreciones mediante técnicas de drenaje bronquial activas o pasivas según el grado de colaboración del paciente; se debe de continuar con técnicas de expansión torácica de forma manual, y en caso de que fuera necesario, la colocación de una ventilación nocturna que no sea invasiva. ^(2,6,9)

Por último, encontramos la fase de supervivencia prolongada, en la que se deben de valorar aspectos de vital importancia como pueden ser dispositivos de ayuda para el control de las funciones vitales básicas y mantener el apoyo psicológico tanto al enfermo como a las familias. En lo que incumbe a la fisioterapia, el tratamiento se encontrara enfocado a una cinesiterapia activo-asistida y pasiva para mantener el estiramiento, la movilidad y la fuerza de los músculos, tratando de evitar en la medida de lo posible la atrofia muscular debido al encamamiento. ^(1,3,5,7,9) Se ha de instruir al enfermo y a las familias de un buen manejo de las transferencias, tanto para que el sujeto colabore dentro de sus capacidades, como para evitar lesiones a los cuidadores. Se pueden realizar estimulación orofacial, ya que en estos casos la disartria es muy notable y las dificultades de deglución que obligan al paciente a tener una dieta blanda y, en ocasiones, realizar una gastrostomía. ^(1,3,6,11)

Bibliografía

1. Febrer, J., Medina, N., Rodríguez, N., Ventura, N. Escoliosis en enfermedades neuromusculares infantiles. Rehabilitación 2009. Vol 43, Isue 6.
2. Cup, E. et al. (2007): "Referral of patients with neuromuscular disease to occupational therapy, physical therapy and speech therapy: Usual practice versus multidisciplinary advice", Disab. Rehab., 29 (9): 717-716.
3. García, S., Hurtado, M.C., Díaz, B., Apolo, M.S. Totícolis congénita, incidencia y actuación fisioterapéutica en neonatos con contractura en el esternocleidomastoideo. Fisioterapia 2003;25(1);6-14
4. Muñoz JM, Tirapu J. Rehabilitación Neuropsicológica. Madrid: Ed. Síntesis, 2001.
5. Farrero E, Antón A, Egea CJ, Almaraz MJ, Masa JF, Utrabo I, Calle M, Vereá H, Servera E, Jara L, Barrot E, Casolíve V; Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).. Guidelines for the management of respiratory complications in patients with neuromuscular disease. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Arch Bronconeumol. 2013;49(7):306-13
6. Meléndez Plumed, M. et al. (1996) "Protocolo de tratamiento rehabilitador en la distrofia muscular de Duchenne durante el período de marcha con ortesis ligeras", Rehabilitación, 30 (4): 257-260.
7. Rodillo, E., Noble-Jamieson, CM., Aber, V., Heckmatt, JZ., Dubowitz, V. Respiratory muscle training in Duchenne muscular dystrophy, 1989. Archives of Disease in Childhood;64(5):736-738.
8. Voet NB, van der Kooi EL, Riphagen II, Lindeman E, van Engelen BG, Geurts AC. Strength training and aerobic exercise training for muscle disease. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 9;(7):CD003907
9. Norwood F, Harling C, Chinnery P, Eagle M, Bushby K, and Straub V. Prevalence of genetic muscle disease in Northern England: in-depth analysis of a muscle clinic population. Brain 2009; 132; 3175-3186
10. Bushby K, Finkel R, Birnkrant D, Case L, Clemens P, Cripe L, et al. Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 1: diagnosis, and pharmacological and psychosocial management. Lancet Neurol 2010; 9: 77-93
11. Merson RM, Rolnick MI. Speech-language pathology and dysphagia in multiple sclerosis. Phys Med Rehabil Clin N 1998; 9(3):631-41.