

QUÉ ES UNA PBO? ¿CÓMO SE PRODUCE?

La PBO consiste en una paresia (disminución del movimiento) parcial o total de la extremidad superior del bebé debido a un estiramiento de los nervios del plexo braquial que se produce durante el parto.

¿POR QUÉ NO EXISTE UN PROTOCOLO MÉDICO DE ACTUACIÓN PARA SOLUCIONAR UNA PBO? ¿CÓMO DEBERÍA SER?

Es necesario actuar bajo las directrices de un protocolo construido en una estrategia multidisciplinar. Nuestra estrategia:

1- Inicio precoz de fisioterapia

2- **Control mensual** para valorar evolución de la regeneración nerviosa y desarrollo de problemas en el hombro.

3- **Criterios de intervención microquirúrgica:**

Las indicaciones de intervenir quirúrgicamente dependen del tipo de lesión y del número de raíces lesionadas.

Las *avulsiones*, dado que no tienen capacidad de regeneración espontánea, pueden requerir cirugía de forma precoz (3 meses de edad).

En las *rupturas*, la indicación de operar dependerá de la gravedad de la lesión. Dado que el nervio pueden regenerar espontáneamente, reinervar al músculo y recuperar el movimiento, el tratamiento dependerá de la velocidad de aparición de ciertos movimientos. La indicación de operar se basa en la recuperación de la flexión del codo CONTRAGRAVEDAD. En mi opinión, la estrategia científicamente más válida es operar si el bebe *no recupera la flexión del codo a los 5 meses de edad*. Si situamos la indicación a los 3 meses, operamos un 85% más de niños sin mejores resultados que operando a los 5 meses!!!!

El paciente con PBO debe ser remitido desde el principio al cirujano experto. Es fundamental que la estrategia de seguimiento y tratamiento la lleve a cabo el cirujano, habitualmente especialista de la mano pediátrica. El cirujano especialista en PBO conoce los problemas derivados de la lesión del nervio y también sus secuelas (por ejemplo, las deformidades del hombro o displasia glenohumeral). Las decisiones no deben ser tomadas por especialistas no quirúrgicos (rehabilitador, neurólogo, etc). Evidentemente otros profesionales participarán en el tratamiento de su bebé (terapeuta ocupacional, rehabilitación, fisioterapia, pediatra) pero la dirección ha de ser llevada por el cirujano.

LA FALTA DE EQUIPOS PLURIDISCIPLINARES TRABAJANDO EN SINTONÍA HA PROVOCADO QUE MUCHOS BEBÉS SEAN DIAGNOSTICADOS TARDÍAMENTE, CON EL CONSIGUIENTE RETRASO DE UNA POSIBLE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA QUE PODRÍA HABERLES GARANTIZADO UNA RECUPERACIÓN MEJOR EN CASO DE HABER SIDO ACOMETIDA A TIEMPO. ¿CÓMO PODEMOS RESOLVER ESTE PROBLEMA QUE EN OTRAS OCASIONES SOBREVIENTE POR

COMPLICACIONES ADMINISTRATIVAS A LA HORA DE DERIVAR A UN PACIENTE SIN RECURSOS ECONÓMICOS A UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA DONDE LA SEGURIDAD SOCIAL CUENTA CON UN ESPECIALISTA DE PLEXO INFANTIL?

Efectivamente se ha de mejorar el flujo de los bebés que nacen con una lesión del plexo braquial hacia los especialistas adecuados para disminuir el riesgo de secuelas funcionales.

en el futuro. Lo ideal sería organizarlo de forma institucional dando fluidez al proceso y soporte económico a la familia pero parece no funcionar adecuadamente. En este sentido no tengo inconveniente en compartir mi dirección de correo electrónico (paralisisbraquialobstetrica@gmail.com, xsoldado@gmail.com) o futura página web (cirugiamanoinfantil.com) para agilizar la visita desde mi hospital hasta concretarse la parte administrativa. Por otro lado, debemos vencer la visión nihilista del beneficio de la cirugía de la PBO de ciertos grupos de especialistas que, en ocasiones, son responsables de la demora de la llegada del paciente con PBO.

CONOCEMOS A LOS ESPECIALISTAS QUE OPERAN EN BARCELONA, ALICANTE Y MADRID. ¿SE ESTÁN ACTUALMENTE FORMANDO FUTURAS GENERACIONES QUE GARANTICEN UNA MEJOR COBERTURA A NIVEL NACIONAL?

No es conveniente multiplicar el número de cirujanos del plexo braquial pediátrico, sino, como se ha comentado, mejorar el flujo a unos pocos expertos y su equipo multidisciplinar. De esta manera aumentaremos la calidad asistencial.

¿QUÉ PAPEL TIENE LA FISIOTERAPIA EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN? ¿QUÉ TÉCNICAS DEBEN REALIZARSE? CADA UNO DE LOS PADRES DE ADAYO TENEMOS UNA EXPERIENCIA QUE CONTAR, TODOS TENEMOS EL MISMO PROBLEMA PERO TODOS LO HEMOS VIVIDO DE DIFERENTE MANERA. CUANDO NACEN NUESTROS HIJOS NOS HEMOS ENCONTRADO TODO TIPO DE REACCIONES EN LOS HOSPITALES: EMG A LAS 24 HORAS DE VIDA, INMOVILIZACIÓN DEL BRAZO AFECTADO, INICIACIÓN DE LA REHABILITACIÓN SIN INMOVILIZAR NADA MÁS NACER, VOJTA, CORRIENTES... LA SENSACIÓN QUE TRANSMITEN ES QUE NO SABEN ACTUAR FRENTE A UNA PBO. SEGÚN SU CRITERIO ¿CUÁNDO DEBE INICIARSE LA REHABILITACIÓN? Y TRAS LA CIRUGÍA, ¿CUÁNTO ES CONVENIENTE ESPERAR?

La fisioterapia es fundamental. La fisioterapia ha de iniciarse precozmente (padres y/o fisioterapeuta) con movimientos pasivos de las articulaciones que no mueve para evitar que estas se vuelvan progresivamente rígidas o aparezcan deformidades articulares. El movimiento MÁS importante es de rotación externa del hombro con la escápula estabilizada para prevenir la contractura en rotación interna del hombro y el desarrollo de deformidad del hombro (Displasia glenohumeral).

La displasia glenohumeral (deformidad del hombro secundaria a una contractura en rotación interna) es el problema que más morbilidad a largo plazo genera en los pacientes con PBO. La principal arma para prevenir la DGH es la fisioterapia.

Tras la cirugía, la fisioterapia debe iniciarse cuando se retire el vendaje. A partir de ese momento las pautas dependerán de cada paciente, de la situación de cada segmento articular...

LA TERAPIA VOJTA DESPIERTA REACCIONES APASIONADAS, TANTO A FAVOR COMO EN CONTRA. ¿CUÁL ES SU PUNTO DE VISTA? ¿VOJTA SÍ O NO? ¿POR QUÉ?

Entiendo que es fundamental, pues existe evidencia científica, implementar ejercicios de movilización articular pasiva. Nuestros estudios en modelos animales demuestran que éstos previenen las contracturas articulares y la atrofia muscular. La terapia ocupacional también tiene base científica. A pesar de que no conozco la existencia de evidencia científica de la terapia Vojta, si se combina con los elementos terapéuticos expuestos con anterioridad, podría ser una terapia complementaria.

¿CÓMO SE EVALÚA EL DAÑO Y SE DETERMINA SI ES NECESARIA LA CIRUGÍA? ¿CUÁNDO SE DEBE INTERVENIR?

La evaluación de la gravedad de la lesión se basa en la exploración física (momento de recuperación de flexión del codo contragravedad y signos de lesión preganglionar). En las rupturas nerviosas, los niños que recuperan la flexión del codo antes de las 8 semanas no tendrán secuelas. Los que la recuperan después pueden tener problemas articulares (sobre todo del hombro –displasia glenohumeral). Indicaremos la microcirugía si a los 5 meses todavía no han recuperado la flexión del codo.

Respecto a las exploraciones complementarias:

-La EMG NO tiene indicación en la PBO (infravalora el grado de lesión nerviosa)

-La IRM requiere anestesia general y NO se ha de practicar en todas las PBO. Está indicada si se sospechan avulsiones nerviosas. En edades más avanzadas será la prueba de elección en el estudio de la displasia glenohumeral (DGH).

-La ecografía cervical cada vez se utiliza más ante la sospecha de avulsiones. También será útil en la DGH.

-La radiografía o ecografía del tórax está indicada en PBO total para descartar parálisis del diafragma, es decir, avulsiones de raíces altas.

¿CUÁNTOS NIÑOS HAN OPERADO HASTA LA ACTUALIDAD?

¿HAY LISTA DE ESPERA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS? ¿DE CUÁNTO TIEMPO?

¿CUÁNTO CUESTA LA INTERVENCIÓN POR VÍA PRIVADA?

Dirijo a la sección de cirugía de la extremidad superior pediátrica y microcirugía del centro público donde trabajo. Desafortunadamente la lista de

espera, con los recortes de presupuesto, está aumentando. Las prioridades hacen que la PBO tenga preferencia sobre otros problemas con una espera mínima. Priorizo en mi práctica clínica la PBO, algunas malformaciones de la mano, alguna técnica quirúrgica específica para la parálisis cerebral y alguna secuela postraumática. Así, la PBO es prioritaria. Si el paciente lo prefiere, la cirugía la puedo llevar a cabo en un centro privado. Por el número de niños operados de PBO y el resto de problemas de la extremidad superior me considero un experto en la materia.