



Instituto Nacional de Rehabilitación

BOLETÍN MÉDICO E INFORMATIVO DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

Contenido

Eventos

- III Curso Internacional de Neuropsicología | 2
- Entrega de condecoración "Eduardo Liceaga" y Premios al Mérito en Salud | 4
- X Curso Internacional de Cirugía de Mano y Microcirugía | 5
- 1er. Curso Nacional de Tanatología Fase 2 - Trabajo Social | 7
- 6a. Reunión Anual de Terapia Física, Ocupacional, de Lenguaje, Órtesis y Prótesis | 8

Artículos

- Método Katona | 9
- Programa Nacional para la Detección Temprana de la Cadera Congénita | 11

Servicios Hospitalarios

- Trabajo Social 2a. Parte | 13

Servicios Hospitalarios

- Tips para dormir mejor | 15



III Curso Internacional de Neuropsicología



**Entrega de condecoración
"Eduardo Liceaga" y
Premios al mérito en Salud**



Instituto
Nacional de
Rehabilitación

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Dr. Julio Sotelo Morales
Titular de la Comisión
Coordinadora de los INS y HAE

Dr. Luis Guillermo Ibarra
Director General

Dra. Ma. de los Ángeles Barbosa V.
Directora Médica

Dra. Matilde L. Enriquez S.
Directora de Enseñaza

Dr. Juan Antonio Madinaveitia
Director Quirúrgico

Dra. Hilda Villegas Castrejón
Directora de Investigación

Dra. Maricela Verdejo Silva
Directora Administrativa



Dra. Alma Martínez Hermosillo
Jefe de la División de Difusión
y Divulgación Científica

Biol. Sylvia Núñez Trías
Coordinación Editorial

D.G. Carlos E. Ayala
Diseño Editorial

Lic. Mónica García Gil
Apoyo Editorial

Sugerencias y Comentarios:
mondochili@gmail.com

Imagen de portada:
Proporcionada por la Dra. Ana Lilia Dotor
Pintor: Jesús Villanueva

Foto de contraportada:
Carlos E. Ayala/ Corredor INR

Prohibida su venta.
Distribución sólo dentro del
Instituto Nacional de Rehabilitación.
Calz. México Xochimilco No. 289
Col. Arenal de Guadalupe,
Del. Tlalpan, C.P. 14389, México, D.F.
www.inr.gob.mx

Publicación bimestral informativa
editada y distribuida gratuitamente por
el Instituto Nacional de Rehabilitación.
El contenido de los artículos,
es responsabilidad de los autores.

Núm. 10 - mayo-junio de 2008

SALUD



SECRETARÍA
DE SALUD

Eventos

III Curso Internacional de Neuropsicología



Dr. Rolando Santana, Mtra. Ana Ruth Díaz, Dra. Ma. Luisa Bringas, Dra. Ana Lilia Dotor, Dr. Yordi Peña, Dr. Miguel Angel Villa y Dr. Joan Guardia

El pasado 25,26 y 27 de junio del presente año, el Instituto Nacional de Rehabilitación fue sede del III Curso Internacional de Neuropsicología, que de manera tradicional se ha realizado y que forma parte de las actividades académicas y científicas del departamento de Neurociencias de la Torre de Investigación, en especial la Dra. Ana Lilia Dotor, coordinadora del Curso.

Destacable fue el interés de la Neuropsicología en el campo de la Rehabilitación, reflejado en la nutrida asistencia por especialistas en el área y estudiantes ávidos de obtener información de los avances y actualizaciones en el campo que nos ocupa.

Este año, el interés fue proporcionar a nuestra audiencia un espacio donde se analizaron las herramientas diagnósticas, de evaluación y rehabilitación que ofrece la metodología neuropsicológica para atender a pacientes aquejados por secuelas de enfermedades y/o accidentes en

el SNC (Sistema Nervioso Central), o por alteraciones en el desarrollo. Así mismo se tuvo la oportunidad de presentar a grandes exponentes de la Neuropsicología de México, España, Estados Unidos de América, Cuba y Canadá, quienes por su brillante trayectoria científica y académica, no dudamos que sus participaciones dieron realce a éste evento. México estuvo representado por instituciones tanto de salud como educativas, tales como Hospital General de México, Hospital Angeles del Pedregal, Instituto Nacional de Neurología, Instituto Nacional de



Dra. Hilda Villegas y Dr. Joan Guardia

Fotos: Cesar Gómez y Martín Flores



Mtra. Alicia Gómez, Dr. Yordi Peña, Dra. Ana Lilia Dotor y Dra. Teresita Villaseñor



Dra. Miguel Angel Villa, Dr. Luis Quintanar Rojas, Dr. Yordi Peña y Dr. Rolando Santana



Nancy García, Dra. Ana Lilia Dotor y David Díaz

Fotos: Cesar Gómez y Martín Flores

Rehabilitación, así como la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, UNAM en sus campus Zaragoza, Iztacala y Juriquilla, Universidad de Guadalajara entre otras.

Temas como "Mapeo Cerebral y Neuropsicología. Bases Neuronales de la Inteligencia" y "Tiempo de reacción y sustancia blanca", estuvieron a cargo de la Jefe de Neuropsicología del prestigiado Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN) de la Habana Cuba, la Dra. Ma Luisa Bringas.

Las participaciones de los invitados extranjeros como el Dr. Rolando Santana (EEUU), el Dr. Jorge Armony (Canadá), Dr. Joan Guardia (Universidad de Barcelona), así como de los nacionales como la Dra. Thalia Harmony (Juriquilla), Dra. Feggy Ostrosky (UNAM-CU), Dr. Luis Quintanar Rojas y Dra. Yulia Solovieva (BUAP), Dra. Blanca Flores (INR), Dr. José Marcos Ortega (Hospital General), Mtra. Ana Ruth Díaz Victoria (UAEM), Dra. Guillermina Yáñez (FES-Iztacala), Dr. Oscar Próspero (UNAM), Dr. Miguel Angel Villa (FES-Zaragoza), Mtro. Alejandro Escotto (UNAM), Dra. Teresita Villaseñor (Universidad de Guadalajara), Dr. César Reynoso (INR), Mtro. Héctor Pelayo (BUAP), Dr. Víctor Manuel Patillo (UAEM), Dr. David Trejo Martínez (Hosp. Angeles del Pedregal), Mtra. Miroslava

Cruz (UAM-I) y Dr. Juan Valdez Rodríguez (INNyN), Mtro. Martín Pérez Mendoza (INR-UNAM), Dra. Adriana Castillo de Ruen (Clínica Reaparende) cumplieron con las expectativas de investigación y actualizaciones en temas como: Desarrollo de Lenguaje, Bases neuronales de la memoria emocional, Los genes de la inteligencia, Lesión perinatal de los lóbulos frontales. Una aproximación al diagnóstico temprano, Mapeo cerebral y Neuropsicología, Desarrollo de la memoria a corto plazo, Adaptación mexicana del programa activemos la mente, Neuropsicología clínica en el ámbito hospitalario, Análisis del léxico audiológico y fonológico, Resonancia Magnética y Neuropsicología, etc.

Invaluable fue la participación especial de nuestro invitado de honor el Maestro y Doctor Jordi Peña Casanova, Jefe de la Sección de Neurología de la Conducta y Neuropsicología del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS) y del Hospital del Mar de Barcelona, quien se ha



destacado por sus grandes aportaciones científica, académicas y de docencia, forma parte ya de la historia del desarrollo de la Neuropsicología contemporánea, sus textos nos cobijan ante la incertidumbre diagnóstica y sus investigaciones nos guían la senda del conocimiento científico. Ejes rectores fueron sus ponencias en torno a la Afasiología, Neurología de la Conducta, Conormalización y correlación anatómica de los Test Neuropsicológicos, el proyecto Neuronorma y las Aportaciones del Test Barcelona ante la clínica diaria.

Así como la ciencia, la cultura forma parte del conocimiento del ser humano, por lo que integramos una puesta en escena clásica que coronó la clausura del evento, misma que estuvo a cargo de las bailarinas Lisette Negroe y Yuliana González Dotor.

Gracias infinitas, a las autoridades del INR por el interés y la cooperación para la realización exitosa de éste III Curso Internacional, gracias por la perspectiva de que muy pronto el INR será uno más de los grandes centros en los que destaca la Neuropsicología en México.

Dentro de las actividades culturales se realizó una exposición pictórica cuyo autor Jesús Villanueva, facilitó una gama de pinturas.

Entrega de condecoración "Eduardo Liceaga" y Premios al mérito en Salud

El 25 de Junio de 2008 tuvo como sede en el auditorio Nanahuatzin del INR la ceremonia de entrega de la condecoración y premios al mérito en salud 2008.

El Consejo de Salubridad General, otorga un reconocimiento a profesionales de la salud que se han distinguido por su entrega y aportaciones a la salud, en diferentes campos de la medicina, y para este evento tan relevante se reunieron en nuestro Instituto el Dr. José Ángel Córdova Villalobos, Secretario de Salud, el Dr. Enrique Ruelas Barajas, Secretario del Consejo de Salubridad General, el Dr. Luis Guillermo Ibarra, Director del INR, así como los Dres. Felix Velez Hernández Varela, Santiago Echeverría Z, Carlos Tena Tamayo, Luis Rodrigo Bárcena, Emilio García Procel, Jorge Eliaa Dib, Ramiro Jesús Sandoval, Fulgenio Mendoza López.

El Dr. Enrique Ruelas Barajas, hizo la presentación pormenorizada de cada uno de los premios y la trayectoria de los profesionistas que se hicieron acreedores a los premios al Mérito en Salud.



Premios Galardonados

Dr. Miguel Otero Arce

Dr. Guillermo Robles Díaz

Dr. Gerardo Varela

Dr. Guillermo Fajardo Ortiz

Dr. Manuel Velasco Suárez

Dr. Teresita Corona Vázquez

Dr. Guillermo Soberón Acevedo

Dr. Arturo Beltrán Ortega

Dr. Ramón de la Fuente Muñiz

Dr. Rafael Velasco Fernández

Martín de la Cruz

Dr. Alfonso de Vivar Romo

Dra. Margarita Chorné y Salazar

C. D. María Cristina Eguiarte Ortega

Enf. Isabel Cendala y Gómez

Mtra. S. P. Sofía del Carmen Sánchez P.

Aux. de Enfermería Lucía Salcido

Aux. de Enf. Teresa Cotlame Tzitzihua

Finalmente la Condecoración Eduardo Liceaga se le concedió al Dr. David Kershenobich Stainikowitz.

Nuestra felicitaciones y admiración por el trabajo y la entrega a todos los condecorados.

X Curso Internacional de Cirugía de Mano y Microcirugía



Dr. Alberto Pérez Castillo, Dr. Alejandro Espinoza Gutiérrez y Dr. Eduardo R. Zancolli

"El arte verdadero es aquel en el cual la mano, la cabeza y el corazón del hombre marchan unidos."

John Ruskin

La mano es probablemente el símbolo artístico más antiguo de la creación humana. Ha simbolizado el poder físico y metafísico para el bien o para el mal. Es una estructura fuerte, hábil, elocuente y bella.

Las lesiones en la mano son cada vez más frecuentes, en la actualidad más de un tercio de todos los

accidentes, independientemente de la etiología, se presenta en las manos.

Las lesiones que afectan a las manos se presentan en su mayoría durante la etapa productiva de la vida, con una gran repercusión económica, por gastos médicos, de indemnización y reacomodos laborales. Es notable la poca importancia que en ocasiones se les da a éstas lesiones y que lleva a un alto porcentaje de fracasos en el tratamiento y deja como resultantes severas incapacidades.



Dr. Rafael Reynoso Campo



Dr. Ricardo Pacheco

Conferencistas Extranjeros

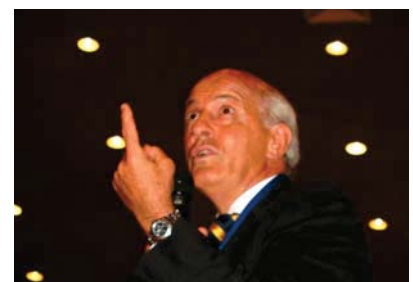
- Dr. Eduardo R. Zancolli - Argentina
- Dr. Carlos Zaindenberg - Argentina
- Dr. José María Rotella - Argentina
- Dr. Alberto Pérez Castillo - Chile
- Dr. Rubén Darío Olivares Castro - Colombia
- Dr. Nilton Mazzer - Brasil
- Dr. Angel Ferreres - España

Conferencistas Nacionales

- Dra. Ma. Elena Arellano
- Dr. Manuel Calvo
- Dr. Jorge Clifton Correa
- Dr. Juan Manuel Fernández
- Dra. Nora Godínez Cubillo
- Dr. Miguel Ángel Hernández
- Dr. Martín Iglesias
- Dr. Gabriel Mejía
- Dr. Ricardo Pacheco
- Dr. Eric Santamaría
- Dra. Fabiana Ballesteros
- Dr. Carlos Chávez
- Dra. Rosa Elena Escobar
- Dr. Carlos Gargollo O.
- Dr. Gilberto González T.
- Dr. Nemesio Hernández
- Dr. Moisés López Ramos
- Dr. Carlos Oaxaca
- Dr. Gabriel Ramírez
- Dra. Guadalupe Zaragoza

Invitados de Honor

- Dr. Luis Gómez Correa
- Dr. Juan Manuel Fernández Vázquez
- Dr. Alfonso Vega Rodríguez
- Maestro Alejandro Reyna García



Dr. José María Rotella



Concurso de Dibujo Infantil "Qué son y para qué sirven mis manos?"

Existen innumerables técnicas para el tratamiento de las lesiones de la mano y dado que la osteosíntesis y la microcirugía son procedimientos quirúrgicos demandantes, que requieren de un alto nivel de conocimientos y destrezas del cirujano y personal del quirófano.

El Servicio de Cirugía de la Mano y Microcirugía del INR, El Comité de Muñeca y Mano de la Sociedad Mexicana de Ortopedia y La Sociedad Mexicana de Cirugía de la Mano, han decidido implementar este tipo de cursos de reconstrucción de la mano y extremidad superior, dirigido a cirujanos de la mano, cirujanos ortopedistas, cirujano plásticos y reconstructivos, médicos rehabilitadores y personal de enfermería.

El Auditorio Nanahuatzin del INR fue la sede del X Curso Internacional de Cirugía de Mano y Microcirugía, realizado del 11 al 14 de junio de 2008, dirigido a médicos especialistas y residentes de Cirugía de la Mano y Microcirugía, Ortopedia y Cirugía Plástica.

Este curso está encaminado a analizar en forma dinámica las diferentes técnicas de reconstrucción que existen en el tratamiento de las lesiones de las manos, permitiendo la interacción entre los profesores y los alumnos en la discusión de casos clínicos.

Como cada año, el Dr. Alejandro Espinoza Gutiérrez fue el profesor titular y los profesores adjuntos los Doctores José Antonio Rivas, Mario Mendoza y Rafael Reynoso, que con el entusiasmo que los caracteriza, coordinaron un programa de temas muy interesantes para los especialistas.

Asimismo, se convocó al concurso de dibujo infantil "Qué son y para qué sirven mis manos?", para niños de entre 6 y 12 años, el cuál tuvo una excelente respuesta, logrando montar una exposición el día del curso.

1er. Curso Nacional de Tanatología Fase 2 - Trabajo Social

Dando continuidad al 1er. Curso Nacional de Capacitación Tanatológica, el equipo de Trabajo Social ha concluido satisfactoriamente la segunda fase del mismo. Si en la primera parte se tocaron temas fundamentales, basamento de una adecuada intervención al final de la vida, es en esta segunda fase que se abordan ya temas más especializados en la materia.

Iniciando con las raíces profundas del trabajo tanatológico, los participantes pudieron introducirse a diversos modelos antropológicos y sociológicos del morir. Por supuesto que en un análisis de esta magnitud, y tratándose del sufrimiento humano como en este caso, el tema de la Tanatología Profunda desde un punto de vista psicoanalítico no podía quedar ajeno al proyecto formativo. La muerte en diversos miembros de la familia, así como un análisis del ciclo vital de la misma, pasando por las afectaciones que conlleva en un sistema de esta naturaleza experimentar la pérdida de uno de sus miembros fueron algunos de los temas tocados.

Un cimiento fundamental de una adecuada capacitación tanatológica especialmente a ofrecerse al equipo de salud, como es en este caso a Trabajo Social, es el de la Consejería Tanatológica. En ella residen las cualidades y exigencias que hay que observar cuando se trata de ejercer una adecuada comunicación y manejo de los pacientes en condición terminal, así como una mejora en la comunicación con la familia y al interior del equipo interdisciplinar.

Finalmente, se abordaron aspectos jurídicos de la muerte, pues sabemos que el proceso de morir es también el preámbulo de posibles complicaciones legales si la muerte ha sido violenta por ejemplo.

En este marco es que se desarrolló esta segunda fase del curso para Trabajo Social. Por supuesto que una vez más el Instituto Nacional de Rehabilitación, quien generosamente hospeda a este proyecto, ha dado todas las facilidades para un adecuado desarrollo del mismo, en donde la calidad y calidez de las

instalaciones, así como del equipo de trabajo que lo conforman, hacen un inmejorable clima para abordar estos difíciles y delicados temas. Como en la primera fase, esta segunda se conformó por 48 horas totales de capacitación, impartidas por exponentes del más alto nivel en la materia y miembros de la Sociedad Española e Internacional de Tanatología de México, Institución a la que la Secretaría de Salud ha confiado esta capacitación.

Es así que se abre ya de lleno el perfil del profesional que intervendrá con los pacientes y familias hacia el final de la vida en los futuros módulos de atención tanatológica en los hospitales de nuestro país. Un paso adelante en la humanización de los servicios de salud, sin duda alguna, y la garantía de un equipo de trabajo adecuadamente formado y conformado.

La Secretaría de Salud se posiciona con este logro a la vanguardia en atención con calidad humana, verdadera naturaleza y razón de ser de su existir, pues el cuidado de la salud conlleva la responsabilidad de atender de manera integral, reto que se está asumiendo desde ahora mismo con la seriedad y pasión que el tema lo requiere.



6a. Reunión Anual de Terapia Física, Ocupacional, de Lenguaje, Órtesis y Prótesis

Con una participación de 350 a 380 inscritos de varios Hospitales del Sector Salud, Hospitales Privados, así como, del Distrito Federal y del interior de la república, todos ellos terapeutas, se inició la Sexta Reunión Anual de Terapia Física, Ocupacional, de Lenguaje y Órtesis y Prótesis el 20 de junio del 2008 en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

Temas impartidos por terapeutas del INR:

Fortalecimiento en Tanque Terapeutico para miembros inferiores
Ponente: Lic. TF Evelia Salazar Suárez

Modelo de Ocupación Humana
Ponente: Lic. TO María Margarita Calvillo Aranda

Regulación Térmica en el Ejercicio y la Hidroterapia.
Ponente: Lic. TF Imelda Santiago

Biomecánica de las Órtesis de Columna
Ponente: Lic. OP Reyna Villegas Juárez

Método Katona
Ponente: Lic. TF María del Carmen Tinajero Santana

Mckenzie en Patología Cervical
Ponente: Lic. TF Mario Hernández López

Asimismo, se impartieron tres talleres los cuales al término de la reunión, los asistentes comentaron que en las siguientes reuniones se asignaran más talleres para la aplicación de las técnicas; sugerencia que el comité organizador consideró para la siguiente reunión.

Talleres

Taller 1
Terapia asistida con perros
Lic. T.F. Carlos Fernández Valdez

Taller 2
Conciencia del Movimiento
Lic. T.F. Antonio Reyes Garavito.

Taller 3
Psicomotricidad y Discapacidad
L.T.C.H. Sandra V. Pérez Izquierdo

Al mismo tiempo las exposiciones culturales de la Historia Ferroviaria Mexicana y de Alebrijes, engalanaron la reunión. La maestra de alebrijes en terapia ocupacional es la T.O. Marcela Calzada Ugalde, que con su entusiasmo, trasmite a nuestros pacientes el deseo de superación al realizar estas manualidades tan reconocidas.

Síntesis de Trabajo presentado en la Sexta Reunión Anual de Terapia Física Ocupacional, de Lenguaje Órtesis y Prótesis.

Método Mckenzie en Columna Cervical

T.F. en Columna Mario Hernández López.

Robin Mckenzie después de establecer un tratamiento específico en el dolor bajo de origen mecánico en la década de los sesentas, con un método que logró reconocimientos a nivel mundial. Estableció un tratamiento en la columna cervical basándose en los mismos principios de su método para la columna lumbar.

En este método clasificó a los pacientes en tres síndromes:

- Sx Postural
- Sx Disfuncional
- Sx De desajuste (Derangement)

Utilizando una valoración específica con pruebas de movimientos repetitivos y cuatificando la respuesta a los mismos para determinar el dx y un tx específico.

Las pruebas específicas son:

- Retracción.
- Profusión.
- Profusión con flexión.
- Retracción con extensión.
- Retracción con extensión y rotación.

Dentro de esta valoración toma como referencia el "Fenómeno de Centralización", para aplicar el tratamiento correcto en el Sx de desajuste.



Fotos: Carlos E. Ayala



Método Katona

Lic. T.F. María del Carmen Tinajero Santana
Servicio de Estimulación Múltiple Temprana

El método Katona fue desarrollado en Hungría por el neuropediatra Ferenc Katona en 1966, junto con un grupo multidisciplinario de psicólogos del desarrollo, pediatras, fisioterapeutas, neurofisiólogos, neuropediatras y neonatólogos.

Es un método llamado de neurohabilitación diseñado para ofrecer la posibilidad de un abordaje - diagnóstico- -terapéutico temprano, y con ello poder prevenir las secuelas de la lesión cerebral en el recién nacido y lactante en riesgo de padecer daño neurológico.

Sus fundamentos descansan tanto en la observación ontogenética del desarrollo del sistema nervioso del ser humano, como en la plasticidad del sistema nervioso joven, dando la posibilidad de revertir la instalación definitiva de las lesiones.

La neurohabilitación hace énfasis en el momento o "factor tiempo" de

iniciación del método para obtener resultados óptimos, en relación con el aprovechamiento del período de inmadurez y por lo tanto, de mayor plasticidad del sistema nervioso del recién nacido y del lactante.

Hace hincapié en la repetición intensiva de una serie de movimientos llamados "patrones sensoriomotores del neurodesarrollo", que estimulan al "sistema vestibular" favoreciendo el desarrollo normal y evitando la aparición de posturas y movimientos anormales.

Este método terapéutico como ya se mencionó, propone la realización de un programa intensivo en el que el recién nacido **debe ejecutar por sí mismo los patrones sensoriomotores del neurodesarrollo**, controlados inicialmente por estructuras subcorticales del encéfalo, para generar después, conductas que permitan desarrollar patrones de sedestación, arrastre y marcha.

La repetición constante e intensiva permitirá, posteriormente, que estructuras corticales puedan generar movimientos complejos, espontáneos y voluntarios.

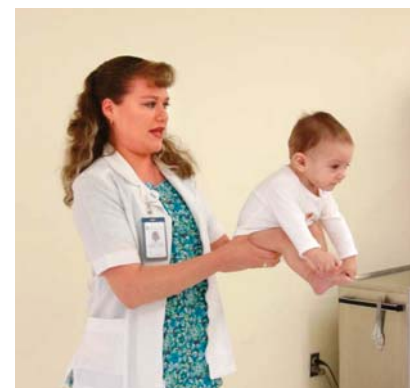
El sistema extrapiramidal gradualmente integra los nuevos patrones de movimientos aprendidos, para que sean realizados automáticamente. Los patrones sensoriomotores pueden ser activados al colocar al bebé en diferentes posiciones corporales específicas. La base en el funcionamiento de este tipo de modelos se encuentra en las estructuras involucradas, en la génesis de los movimientos y su coordinación; que activan los sistemas vestibulo-espinal, retículo-espinal, cerebelo, arquicerebelo, los ganglios basales y el diencéfalo. Estos patrones representan un conjunto de movimientos complejos que involucran una tendencia ontogenética, además de que son estereotipados, específicos y automáticos. La mayoría de estos



Elevación de tronco con tracción de manos



Elevación de tronco con fijación de rodillas



Sentado en el aire



Gateo asistido



Marcha elemental



Arrastre horizontal

sistemas tienen una mielinización temprana y un funcionamiento temprano para desarrollar un desarrollo psicomotriz normal.

La plasticidad del SNC del recién nacido es uno de los principales aspectos sobre los cuales la neurohabilitación fundamenta su modelo y hace énfasis en el factor tiempo para resaltar la importancia de iniciar la metodología en forma precoz y con ello tener la posibilidad de modificar el curso evolutivo de una lesión que puede estar empezándose a instalar.

Esta bien documentado que el tejido neuronal inmaduro del recién nacido y del pretermino tienen una mayor vulnerabilidad al daño. En la actualidad se sabe que la experiencia cambia tanto la función como la estructura del cerebro en desarrollo.

El objetivo de la neurohabilitación es brindar un diagnóstico temprano, seguimiento longitudinal del desarrollo neurológico y tratamiento temprano de los recién na-

cidos y lactantes en riesgo de desarrollar lesión cerebral. Además de facilitar la conducta de atención y el contacto activo con el medio, a través de la retroalimentación sensoriomotriz durante el entrenamiento motor de la neurohabilitación y parcialmente por medio de la relación que se establece entre los sistemas visuales y auditivos.

La metodología persigue evitar el daño motor y cognitivo porque la neurohabilitación es una habilitación funcional para capacidades aún no desarrolladas, pero potencialmente modificables como resultado de alteraciones en el proceso de desarrollo.

Consiste en el fortalecimiento de la maduración apropiada, tratando de evitar la instalación definitiva de un daño en el sistema nervioso central.

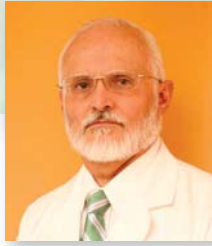
El daño del cerebro en desarrollo produce gradualmente un defecto funcional posterior, de tipo motor, sensorial o en la maduración cognitiva, es decir, una parálisis cerebral infantil.



Arrastre descendente



Mesa Katona



Programa Nacional para la Detección Temprana de la Cadera Congénita

Dr. Antonio Redón Tavera

Jefe del Servicio de Ortopedia Pediátrica y encargado de la Clínica de Cadera Congénita

Definición

La articulación de la cadera se encuentra a la altura de la región inguinal y está formada por dos componentes esqueléticos, que son la llamada cavidad acetabular (o simplemente acetábulo) y la cabeza del fémur). Sin excepción, todo hueso del organismo estuvo originalmente constituido por cartílago en el embrión y progresivamente se convierte en hueso (proceso llamado osificación). Durante la vida fetal, normalmente el techo acetabular está suficientemente osificado entre las 16 y las 20 semanas del embarazo, mientras que la cabeza femoral se empieza a osificar hasta los seis meses de la vida extrauterina.

Se define como displasia del desarrollo de la cadera a aquella condición en la cual el techo de la cavidad acetabular está formado por cartílago pero no se ha osificado en su totalidad. Por su parte, se define como luxación congénita de la cadera a aquella condición en la que la cabeza femoral se encuentra fuera de la cavidad acetabular.

Problema

La cadera congénita, con o sin luxación de la misma, ya sea que esté presente desde el nacimiento o bien que ocurra de manera progresiva durante el desarrollo del niño, es una entidad que debe detectarse de manera intencionada al momento del nacimiento. En caso contrario, es decir cuando se diagnostica tar-

díamente, por ejemplo alrededor de la edad de un año, cuando el niño comienza a caminar y claudica, la cadera ya está colocada en situación de riesgo, puesto que el tratamiento quirúrgico produce grados variables de necrosis o aplastamiento de la cabeza del fémur y en ocasiones del techo acetabular, lo cual a su vez puede ser causa de discapacidad futura, con la consecuente pérdida de aprovechamiento escolar y de oportunidades en el desarrollo psicomotor, así como en diversos aspectos competitivos, tanto en aspectos físico-deportivos como oportunidades de desarrollo laboral futuras.

Aspectos epidemiológicos

En México existe un sub-registro importante para esta entidad desde el punto de vista de información sanitaria.

De acuerdo con importantes estudios realizados en nuestro país por los Dres. Salvador Beltrán Herre-

ra y José Antonio Celorio Albores del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1968, así como por el Dr. Chávez Rojas de la misma institución en 1969 y por el Dr. Álvaro Fox Alonso del Hospital Central Militar en 1972 para la detección temprana de la cadera congénita, se sabe que el primer autor encontró una frecuencia de dos por cada mil nacidos vivos con caderas luxadas, mientras que el segundo encontró 1.3 por cada mil y el tercero encontró 2.6 luxadas y once caderas laxas o luxables por cada mil nacidos vivos. Todos fueron estudios prospectivos en los que fueron examinados más de setenta mil neonatos, lo cual, por sí solo, da suficiente validez a las citadas cifras como datos relacionados con la frecuencia de casos nuevos por unidad de población.

Con los anteriores datos se ha tratado de establecer una cifra redondeada de tres por mil, como dato conveniente y de fácil acceso que



Imagen radiológica que muestra la cadera izquierda displásica, con buena respuesta consecutiva al tratamiento de cirugía mínima de reducción. Éste sería un resultado deseable.

nos permita tener una rápida referencia en el trabajo cotidiano, para estar en condiciones de hablar de números aproximados relacionados con dicho padecimiento.

Si tratamos de extrapolar el dato de tres por mil, con la tasa anual de natalidad en la República Mexicana, que rebasa los dos millones de nacimientos vivos, obtendríamos una cifra algo mayor de los seis mil casos nuevos por año.

Sin embargo dichos datos no se conocen con precisión, en virtud de que la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Evaluación, sólo recibe en promedio el reporte de alrededor de mil cuatrocientos casos por año, que en todo caso corresponden a los pacientes que egresan de las diversas instalaciones hospitalarias una vez que fueron tratados u operados por dicho padecimiento.

Estos mil cuatrocientos casos representarían aproximadamente el 23% de la probable totalidad de casos nuevos, también por año. Con la mejor voluntad, lo anterior podría significar que los restantes cuatro mil seiscientos casos sí hubieran sido detectados desde el nacimiento, lo cual nos presentaría un supuesto porcentaje de diagnóstico oportuno del 77 %, puesto que en última instancia sería más difícil que permanecieran sin diagnosticar porcentajes elevados de niños con una claudicación tan evidente, cualquiera que fuera su estrato socioeconómico. En todo caso, la severidad del problema radica no sólo en la cifra de pacientes que tienen que tratarse tardíamente, sino en el hecho específico de que la cirugía de reducción de la cadera congénita implica por sí sola, porcentajes de

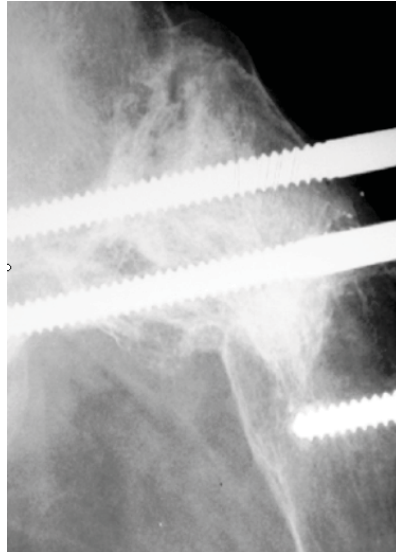


Imagen radiológica que muestra una cadera congénita, multioperada, con tratamientos excesivos y tardíamente destruida. Esto debe evitarse.

morbilidad mayores al 50 o 60 %, lo cual se refiere al riesgo ya señalado de complicaciones diversas postoperatorias, siendo la necrosis la principal de ellas por su frecuencia y por sus secuelas, que pueden consistir en un deterioro permanente de la articulación, con grados variables de discapacidad y de pérdida de oportunidades en la vida futura de los pacientes.

Objetivo

La pretensión de un programa nacional debe tener como objetivo capital, la detección total de los neonatos con cadera displásica, a lo largo de toda la República Mexicana, que permita iniciar su tratamiento inmediatamente al momento del nacimiento, ya que es el único método que erradicaría las complicaciones de la cirugía llevada a cabo meses o años después del nacimiento, lo cual debe considerarse siempre como una terapéutica tardía.

Se asume que si existiera la posibilidad de un registro obligatorio en un documento universal, como pu-

diera ser la Cartilla Nacional de Vacunaciones, donde existieran cuadros para requisitar el estudio de las caderas pediátricas con ultrasonido o con radiografía, en el transcurso de los primeros tres meses de vida.

A esta edad, la cadera luxada se reduce casi siempre mediante el uso de arneses y diversos cojines que proporcionan una suave abducción progresiva de las caderas y sin necesidad de cirugía.

Complementarias

Como parte del programa también se ha creado el Curso Instruccional Básico para el Diagnóstico Oportuno de la Cadera Congénita, dirigido a médicos familiares, generales, obstetras, pediatras, comunitarios, médicos de pregrado en servicio social, licenciadas en enfermería, etc., que se imparte sin costo en el propio Instituto, dos o tres veces por año.

Asimismo se espera contar con dicho curso, reproducible, en presentación de disco compacto, con el objeto de que su difusión pueda ser aún mayor.

Desde el punto de vista del conocimiento científico de la cadera displásica y luxada, nosotros hemos propuesto como premisa general, que la luxación la trata el médico, mientras que la displasia la trata el desarrollo del niño.

La displasia consiste en la ya señalada falta de osificación del techo acetabular, lo cual anatómica e histológicamente significa que el techo simplemente no se ha dosificado pero ahí está y se tiene que respetar.

En el caso de la luxación, en que además, la cabeza femoral se en-

cuentra fuera de su cavidad acetabular el tratamiento es la reposición de la cabeza femoral dentro de su cavidad. Se denomina "reducción" y con el solo hecho de mantener la llamada reducción concéntrica de la articulación, el techo osifica por sí solo, gracias al recíproco estímulo presor intraarticular.

Por otra parte, la realización de trabajos conjuntos inter-hospitalarios nos ha permitido disponer de un mayor conocimiento de la naturaleza del problema y del seguimiento consecutivo al tratamiento de los casos tardíos. Los índices de necrosis postoperatoria por desgracia continúan presentes y siguen manteniendo cifras importantes.

Por su parte, la investigación científica a la cual estamos obligados como Instituto Nacional de Salud, nos ha permitido igualmente descubrir cuáles pueden ser las causas de

la displasia y de la luxación. Gracias a dichos estudios se ha descubierto aquí la presencia de Mycoplasma en dos de las estructuras involucradas en el problema que son el techo cartilaginoso acetabular displásico y la cápsula articular laxa y elongada, que permite que la cabeza femoral se aleje de su cavidad.

Asimismo, el cartílago acetabular se encuentra en proceso de estudio mediante técnicas de biología molecular, con la finalidad de conocer el por qué del deterioro progresivo de dicho cartílago en caderas que quedaron permanentemente luxadas, ya que parecen establecerse procesos prematuros de apoptosis, que darán lugar a la displasia persistente del acetábulo, la cual siempre requerirá de métodos quirúrgicos mayores, cuyos potenciales malos resultados y de discapacidad, también siguen siendo vigentes.

No se trata de asumir que todas las caderas tratadas en etapas tardías se convertirán por regla en casos complicados, el problema es que la mayoría cursan con buena evolución, pero el porcentaje de malos resultados, que oscila probablemente alrededor de menos de un 15 por ciento de los casos, que suele considerarse como aceptable estadísticamente hablando, son individuos que requieren con frecuencia de varias cirugías complementarias e inclusive de la aplicación de implantes protésicos dentro de la cadera, en el transcurso de la tercera o cuarta década de la vida, lo cual debe considerarse catastrófico.

Está previsto que el programa de cadera congénita continúe en nuestro Instituto hasta que se obtengan resultados suficientes y satisfactorios, y se logre abatir significativamente la falta de diagnóstico y de tratamiento oportunos.



Trabajo Social 2a. Parte

Dra. Elva Chávez Saenz
Jefe de la División de Rehabilitación Integral

Dando continuidad a la información que presentamos en el boletín de marzo-abril de 2008 sobre el Trabajo Social que realiza en el Instituto Nacional de Rehabilitación y en la cual presentamos el Trabajo Social de Rehabilitación y Rehabilitación para el Trabajo, así como el Trabajo Social en Audiología, Foniatría y Patología del Lenguaje; a continuación enumeramos el Trabajo Social de Ortopedia.

Trabajo Social de Ortopedia

En el Instituto Nacional de Rehabilitación el Trabajo social adscrito a Ortopedia, está conformado por 36 trabajadores sociales y la Lic. Lina Graciela López Rivera, es coordinadora del área de ortopedia y supervisa las actividades de trabajo social.

La distribución de los trabajadores sociales, está como se menciona:

- Cirugía de columna (2)
- Mano y microcirugía (2)
- Infecciones óseas y Servicio de Reumatología (1)
- Tumores óseos (1)
- Cirugía de reemplazo Articular en rodilla y cirugía de cadera (2)
- Cirugía de reemplazo de hombro y codo (1)
- Artroscopia y Medicina del Deporte (2)
- Ortopedia Pediátrica (2)
- Deformidades Neuromusculares (1)
- Traumatología (3)
- Urgencias (10)
- Programa Nacional de cataratas (2)
- Trabajo Social turno vespertino (6)
- T.S. en apoyo al Servicio de Infecciones Óseas, Reumatología, Tumores Óseos y Deformidades Neuromusculares(1).

Los trabajadores sociales como miembros del equipo de salud del instituto, desempeñan sus funcio

nes apegándose a las normas y procedimientos establecidos y autorizados por la misma institución; de sus tareas más conocidas es la de **clasificar y asignar una cuota de recuperación** a los usuarios de los servicios. Esta no es la única ni mucho menos la actividad principal, el área de trabajo social también se avoca a hacer una investigación detallada de los problemas sociales que inciden en la enfermedad de los pacientes y que es de suma importancia, a esto se le denomina tratamiento social.

Tratamiento social son acciones previamente planeadas para apoyar al paciente y a su familia para resolver las limitantes que les impiden apearse a sus tratamientos quirúrgicos y a su rehabilitación; de tal forma que se buscan apoyos para facilitar su reintegración total.

La coordinación con instituciones de asistencia es muy importante para el trabajo social, ya que en su mayoría atendemos a personas con escasos recursos económicos y que no pueden costear en su totalidad su tratamiento, como es el caso en ortopedia con algunos materiales de osteosíntesis requeridos para algunas cirugías.

Es invaluable la asistencia que brindan las damas voluntarias del INR, así como el patrimonio de la Beneficencia Pública, el DIF, y otras instituciones como organismos no gubernamentales que se ocupan de otras patologías como por ejemplo pacientes con necesidad de prótesis o quimioterapias, ayudando económicamente o en especie. Aquí cabe mencionar como ejemplo que en el servicio de infecciones óseas, también los tratamientos son prolongados y con un elevado desgaste económico.

Otros pacientes provenientes del interior de la República y que no cuentan con familiares en donde alojarse en esta ciudad, son canalizados a albergues que les proporcionan los servicios de alimentación, lavado de ropa, e inclusive al traslado al instituto por una cuota simbólica y en algunas ocasiones exentos de la misma.

Asimismo, se coordinan **sesiones grupales** a través de las cuales, se proporciona información pre y postoperatoria de las características de la enfermedad, tratamiento, complicaciones que pudieran ocurrir y las causas de la mismas. La participación de los médicos permite responder las dudas de los usuarios que muchas veces por la carga de trabajo en consultorio no es posible explicar detalladamente. Así, de esta forma, en los servicios de cirugía de columna, programa nacional de cataratas, reemplazo articular de rodilla y cadera y todos los servicios de rehabilitación, los usuarios están informados y plenamente conscientes de la o las cirugías que necesitan, la importancia de su colaboración con el médico y en su caso con la terapia y el tratamiento que se les brinda.

Las **visitas domiciliarias** nos permiten acercarnos a la realidad de vida de nuestros pacientes obteniendo información de primera mano, evaluando los casos y reincorporando a los pacientes al medio ambiente.

Cada servicio hospitalario tiene características que los hace en cierta forma distintos como se menciona anteriormente. Un enfoque particular es el caso de **Programa Nacional de Cirugía de Cataratas**, que además de la orientación grupal sobre las características del programa y los requisitos para tener acceso a él, se realizan campañas para la de-

tección de cataratas en comunidades sub-urbanas marginadas. Este programa está dirigido a pacientes geriátricos

La investigación Sociomédica aporta el impacto en la calidad de vida en pacientes intervenidos quirúrgicamente por cataratas.

Cuando la enfermedad lleva a sufrir una pérdida de un miembro como una pierna, o inclusive la vida, la trabajadora social cuenta con una herramienta más como es el conocimiento de tanatología, que le permite dar un trato especial y diferente a los pacientes y a los familiares, quienes presentan un desgaste emocional y económico superior al que podrían afrontar.

En el servicio de Ortopedia Pediátrica además de enfocarse a la familia y a la escuela, se tiene un especial interés con aquellos menores que puedan ser objeto de violencia familiar.

El Servicio de Urgencias del INR que está abierto las 24 hrs. los 365 días del año, está apoyado por Trabajo Social cuyo personal tiene conocimientos de los requerimientos de todos los servicios del INR para así, difundir la información a pacientes y familiares en caso de hospitalización.

Además se tiene estrecha comunicación con el Ministerio Público de la "Coordinación Tlalpan 4" para informar de los casos que requieran ser notificados.

Así mismo, el trabajo social no solamente es dar un servicio hospitalario, si no entregarlo con calidez a nuestros pacientes necesitados de salud.

Tips para dormir mejor

Establece los hábitos apropiados:

- Organiza una rutina de horario (procura levantarte siempre a la misma hora.)
- Intenta estar en sitios bien iluminados, sobre todo en la mañana.
- Evita recostarte o dormir durante el día.
- Elimina o disminuye tu consumo de alcohol, cafeína y nicotina.

Las condiciones para dormir bien:

- No vayas a la cama con hambre o sed, o después de comer o beber en demasía.
- Acuéstate en un colchón firme y con una almohada cómoda.



- El dormitorio deberá tener una temperatura adecuada, estar oscuro y en silencio.
- Evita el ejercicio poco antes de la hora de dormir.
- Puedes tomar un baño de agua caliente.

Antes de la hora de dormir:

- Establece un ritual relajante antes de acostarte.
- Vacía la vejiga antes de ir a dormir.
- Escribe tus pendientes, no los intentes resolver o planear en tu cama.
- La cama es principalmente para dormir, evita leer y ver TV acostado.

Si no puedes dormir:

- Levántate y haz algo relajante. Regresa a la cama sólo cuando estés somnoliento.
- No intentes dormirte. Permite que el sueño te alcance a ti.
- Una mala noche ocasional es normal. No te preocupes por esto.
- Te puedes tomar ocasionalmente una pastilla para dormir.



