



Desafios da Reabilitação Pediátrica – Volume 1

Autor: Marlene Cristina Neves Rosa, PhD

Investigadora (ID) <https://orcid.org/0000-0001-8276-655X>

Edição: 1ª Edição

Ano: 2018-2020

<https://doi.org/10.25766/ye4b-0012>

ESPINHA BÍFIDA

Espinha bífida consiste no grupo de defeitos que ocorrem durante a formação do tubo neural- defeito na fusão dos arcos vertebrais. Espinha bífida oculta: sem repercussão clínica- 10% dos adultos. Espinha bífida cística: com repercussão clínica

A espinha bífida oculta geralmente não traz problemas para o desenvolvimento da criança, mas esta deve ser acompanhada pelo neurocirurgião, pois alguns problemas tardios podem aparecer.

A frequência mundial é de aproximadamente 1:1000 nascidos vivos.

Na Grã-Bretanha a frequência chega a 4: 1000 nascidos vivos.

Tipologia

A meningocele e a mielomeningocele (Figura) precisam ser tratadas rapidamente, logo nos primeiros dias após o nascimento. O tratamento consiste em cirurgia para fecho dos tecidos que estão abertos numa tentativa de restabelecer a proteção aos tecidos nervosos. Na mielomeningocele, muitos dos nervos podem estar traumatizados ou sem função, e o funcionamento dos órgãos inervados pelos mesmos (bexiga, intestinos e músculos) pode estar afetado. A cirurgia não tem como objetivo devolver o funcionamento destes órgãos de forma imediata, mas sim evitar com que os respectivos nervos continuem sendo continuamente lesionados.

Etiologia

Deficiência materna de ácido fólico.

Uso de medicações: carbamazepina, ácido valpróico, fenobarbital, fenitoína, primidona, sulfassalazina, metotrexato.

Hereditariedade: probabilidade do segundo filho nascer com defeito do tubo neural é de 5%, do terceiro filho é de 10% e do quarto filho é de 25%.

Complicações Neurológicas

Hidrocefalia: complicação mais frequente, sendo de caráter obstrutivo (devido a mal formação de chant).

Siringomielia ou hidromielia: cavidade no interior da medula (entrada de liquido no canal central através do quarto ventrículo) – sintomas de fraqueza em membros inferiores e superiores e escoliose.

Complicações urológicas

Bexiga neurogénica

- perda da função renal.
- mal formações renais.
- puberdade precoce: ligada a hidrocefalia.
- função reprodutora alterada no sexo masculino.

Processo de Reabilitação

OBJETIVOS

Melhora da função, da independência – FUNCIONALIDADE!

ATENÇÃO

Cirurgias **SÓ COM FINALIDADE DE GANHO NA FUNÇÃO**. Para o mesmo nível funcional o objetivo a ser alcançado deverá ser visto individualmente para não frustrar a equipe, o paciente e seus familiares.

MEIOS AUXILIARES

Órteses:

- órteses longas com ou sem cinto pélvico,
- órteses de mão.
- Cadeira de rodas adaptada – adequação postural.

PROGNÓSTICO DE MARCHA

Fatores que influenciam: Peso, Nível Motor, Deformidades, Cognitivo, Condições sócioeconômicas e suporte familiar;

NÍVEL MOTOR, Conforme Hofmann e cols. (1973)

Torácico - Não apresenta movimento nos membros inferiores; deambulação terapêutica com tutor longo com cinto pélvico; Na vida adulta serão dependentes de CR; Ortostatismo importante: redução da osteopenia, melhoria do intestino e da bexiga, e evita deformidades.

Lombar alto - Tem atividade do músculo psoas, adutores e eventualmente o quadríceps; Prognóstico de deambulação regular (marcha domiciliar e comunitária para curtas distâncias) com uso de órteses longas com cinto pélvico e andador; Dependente de CR na vida adulta.

Lombar baixo - Tem atividade dos músculos adutores, psoas, quadríceps, flexores mediais do joelho e eventualmente o músculo tibial anterior e glúteo médio; prognóstico de deambulação é bom com o uso de ortóteses e com o uso de canadianas;

Sacral - Tem atividade dos músculos psoas, adutores, quadríceps, flexores mediais do joelho, músculo tibial anterior, glúteo médio, flexores plantares e extensores do quadril. Podem ou não necessitar de ortóteses para a deambulação- consegue caminhar na comunidade. Cuidar pé neuropático!!!

RESUMO:

TORÁCICO: *flexão e abdução dos quadris, flexão de joelhos e equino dos pés. Medidas preventivas posicionamento, órteses e cinésioterapia.*

LOMBAR ALTO: *flexão e adução dos quadris, pé equino e flexão de joelhos.*

LOMBAR BAIXO: *flexão de joelhos, pé calcâneo valgo.*

SACRAL: *pé calcâneo, cavo, dedos em garra.*

Objetivos	Exercícios recomendados
Prevenção de encurtamento muscular e contraturas	Alongamentos, exercícios passivos, tração manual nas estruturas, mobilizações intra-articulares e massoterapia;
Fortalecimento e aumento de tônus muscular	Estimulação elétrica neuromuscular, exercícios resistidos com theraband e halteres, exercícios de facilitação neuromuscular proprioceptiva com resistência;
Incentivo à marcha	Utilização de ortóteses, treino de marcha com estabilização do fisioterapeuta;
Equilíbrio estático e dinâmico	Exercícios na bola e no rolo, com o paciente mantendo as mãos na bola Bobath e o fisioterapeuta a estimular o equilíbrio;
Treinos de transferência com o uso do suporte push up;	Treino de aquisição da postura de gatas, com auxílio de apoio anterior do rolo; treino de aquisição da postura sentada, com estabilização do fisioterapeuta; treino na posição bípede com o auxílio de apoio da bola Bobath; treino de transferência de peso lateralmente sentado no rolo;
Dissociação pélvica	Mobilização em rotação, anteversão e retroversão sentado na bola Bobath mobilizando a pélvis;
Estimulação da coordenação, força e concentração	Realização de diagonal funcional e primitiva para membros superiores com o uso de brinquedos;

Houtrow, A., Dicianno, B.E. Advances in spina bifida care: from the womb to adulthood. *Curr Phys Med Rehabil Rep* **2**, 71–78 (2014). <https://doi.org/10.1007/s40141-014-0046-1>

Haga, N. (2009). The Present Circumstances of Rehabilitation for Children with Spina Bifida. *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine*, *46*(11), 711–720. <https://doi.org/10.2490/jjrmc.46.711>