

208399

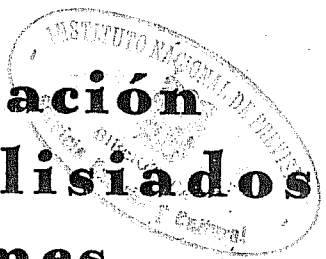


DIRECCION GENERAL DE SANIDAD

BIBLIOTECA  
Salá, 56  
MADRID

SECCION DE PUERICULTURA, MATERNOLOGIA E HIGIENE ESCOLAR

# La recuperación de los niños lisiados y deformes



por

DARÍO FERNÁNDEZ YRUEGAS

Médico Director del Asilo de San Rafael. Cirujano del Hospital del Niño Jesús.

PUBLICACIONES "AL SERVICIO DE ESPAÑA Y DEL NIÑO ESPAÑOL"

NÚMERO 41

Sig.: 36-179  
Tít.: La recuperación de los niños lisiados  
Aut.: Fernández Yruegas, Darío  
Cód.: 1040691



REGISTRADO  
AL SERVICIO 27521

JULIO 1941

## LA RECUPERACION DE LOS NIÑOS LISIADOS Y DEFORMES

por DARIO FERNANDEZ YRUEGAS

Médico Director del Asilo de San Rafael. Cirujano del Hospital del Niño Jesús.

El problema de los niños lisiados ha sido siempre de una gran importancia en nuestro país, pero hoy, después de las dificultades creadas por la dominación roja, con la consiguiente falta de asistencia y de alimentación en los niños, el problema se ha agravado notablemente: El aumento en el número de atacados de poliomielitis en estos últimos años, la carencia alimenticia, los traumatismos de sistema nervioso determinados por la persecución, ha dado lugar a que haya aumentado el número y la gravedad de las parálisis *flácidas* y espásticas, de las deformidades raquílicas, de las cuales se ven formas de una gravedad como no estábamos acostumbrados a ver en nuestro país, de las tuberculosis óseas, etc.

No podemos, por falta de datos oficiales, saber a cuánto asciende el número de lisiados en nuestra nación, pero si tenemos en cuenta que en el año 1940 pasaron sólo por mi servicio hospitalario en Madrid 1.952 lisiados por debajo de los dieciocho años, y si tenemos además en cuenta que muchos de los lisiados no vienen a un reconocimiento, pues por la ausencia en las disciplinas universitarias de la Cirugía Ortopédica, el médico rural desconoce todo lo que en la actualidad se puede hacer para prevenir y curar estas deformidades, no será arriesgado suponer que las cifras de lisiados pueden asemejarse a las encontradas por Bie-

saliski en Alemania, que ascienden a 39,9 por cada 10.000 habitantes, y con un total de 42.249; incluso es probable que las cifras que arrojen una investigación de esta clase aquí, fuera superior a estas cifras, pues el estado de falta de cuidados en nuestro país es muy superior al que existía en Alemania en la época de la investigación de Biesaliski. Es particularmente interesante en este respecto y para ver la importancia que tiene la falta de atención que en el cuidado de los lisiados existe, las cifras obtenidas en la provincia de Brandeburgo al establecerse, a consecuencia de la Ley para la protección de los lisiados, los días de reconocimiento para los mismos; en efecto, en estos consultorios móviles, introducidos a propuesta de Biesaliski, donde son reconocidos los lisiados en días determinados y donde se decide si son hospitalizables o no, fueron reconocidos en el año 1924, 1.162 lisiados; en el año 1926, 2.623 lisiados, llegando en el año 1929 a 4.213 los lisiados nuevos reconocidos.

Estas cifras son lo suficientemente demostrativas para ver cómo al extenderse a la población rural cada vez más, los beneficios que de tratamientos adecuados se derivan para los lisiados, acuden a reconocimiento una serie de ellos, cuyos familiares se habían adaptado a la desgracia que padecían y en la creencia de la imposibilidad de solucionarla.

Estos enfermos son por otra parte mucho más necesitados de que la beneficencia del Estado se ocupe de ellos, pues no es sólo su incapacidad física con la consiguiente dificultad para ganarse la vida su único mal, sino también los trastornos psicológicos que en el enfermo se producen a consecuencia de su lesión, los niños muchas veces con su crueldad colectiva, se burlan del pobre lisiado y al señalarle con motes que se refieren a su deformidad, van creando en él un estado psíquico que le hace retraerse de sus compañeros, si no empieza a desarrollarse en él un sentimiento de odio contra ellos, que le hacen objeto de sus burlas, trastornos que persisten después de adultos y que muchas veces son de más graves consecuencias que el defecto físico que padecen: si los lisiados, por el contrario, permanecen a consecuencia de su lesión apartados de los niños de su edad, entonces suelen permanecer durante mucho tiempo a consecuencia de su inconsciencia, apartados de todo sufrimiento moral, hasta que llega un mo-

mento en que sin que se den cuenta los que le rodean empieza a desarrollarse en él, de un modo subconsciente, un sentimiento de inferioridad respecto a los otros muchachos, unos bien sea porque se sienten incapaces de hacer la vida corriente, otros porque se encuentran sin la preparación suficiente para desarrollar una labor útil para él y para la sociedad. Otras veces estos pobres enfermos han sido apartados completamente de los niños de su edad por haber conseguido sus familiares, para los cuales el enfermo resulta una carga, el ingresarlo en una Institución de caridad, en la cual el enfermo permanece aislado, la mayor parte de las veces sin que en ella se hayan ocupado ni de curarle ni de prepararle con ningún conocimiento que le sea de utilidad para el futuro; creándose entonces en ellos la mentalidad especial de los asilados, creyéndose con el derecho, dada su desgracia, de que la sociedad se ocupe de ellos y los mantenga y sintiendo hacia ella el odio natural en quien hace a los demás responsables de lo que a él le pasa, y lo grave es que hay muchos que en tiempo oportuno hubieran podido recuperarse y hubieran podido dejar de ser una carga para el Estado. Lo mismo hemos de decir de los casos en los cuales durante su enfermedad fueron asistidos en establecimientos donde sólo se ocuparon de la lesión que presentaba y que por su larga duración muchas veces, y por no poseer estos establecimientos las instalaciones necesarias, lo cual hace su recuperación más lenta y más imperfecta, pasan la época de su formación escolar sin dársela, ni darles tampoco una preparación profesional, llegando el momento de darles de alta, encontrándose entonces el enfermo y sus familiares, ante el doble problema, primero de la convalecencia del lisiado, durante la cual muchas veces sufre recaídas, a consecuencia de la ausencia de toda vigilancia capacitada, y segundo, su falta de preparación, perdiéndose para la comunidad muchas veces inteligencias que hubieran podido ser útiles y pasando a ser tan sólo una carga para el Estado y perdiéndose el trabajo útil que él podía haber desarrollado. Indudablemente el dar el tratamiento debido a esta clase de enfermos por su larga estancia y por las instalaciones que necesitan, es un problema difícil, pero a la larga es más barato el ocuparse de su curación y de su preparación profesional poniéndolos en condiciones de ser útiles a sí mismos y a la sociedad, que no el

abandonarlos para que tengan el día de mañana forzosamente que ser una carga para la misma, o que tengan que dedicarse a la mendicidad.

En nuestro país sólo se encuentra iniciado el problema del tratamiento de estos enfermos en los afectos de tuberculosis osteo-articular, por la Lucha Antituberculosa y con un número de plazas francamente insuficiente y orientada con la directriz imprimida hace años en ellos por los fisiólogos, no como debía de ser con una orientación común con la de los otros lisiados. El resto de los enfermos lisiados se encuentran en peores condiciones, pues tienen que ser atendidos en Hospitales Generales, donde faltan las instalaciones necesarias, así como la preparación técnica debida, lo que da lugar a que los enfermos no sean curados, incluso a que cuando han sido tratados y operados debidamente, la falta de medios y de tratamiento postoperatorio necesario, haga inútil el tratamiento realizado, volviendo a reproducirse la deformidad y creando la opinión cada vez más extendida, de la inutilidad de tratar esta clase de enfermos. Cuántas veces han llegado a nuestras consultas enfermos completamente curables, y a los cuales los médicos de su localidad les habían dicho que no había nada que hacer con ellos.

Cuántas veces hemos visto labios leporinos, pies zambos, luxaciones congénitas de las caderas a las cuales se les había aconsejado que esperasen a que fuesen mayores para entonces tratarlos, dejando así pasar la época en que el tratamiento hubiera sido de mayor utilidad y cuando la deformidad hubiera sido corregida sin dejar detrás de sí ningún residuo.

Para tratar a estos enfermos sólo hay en España entidades particulares que llenan parcialmente esta necesidad, pues son insuficientes en cuanto a número y capacidad, así como también en cuanto a la organización, que sólo la Beneficencia del Estado puede dar y que esperamos que la nueva España oriente, el día que las condiciones mundiales actuales lo permitan.

En la lucha pro-lisiados es imprescindible en primer lugar hacer llegar los conocimientos necesarios al médico rural, para que éste sepa cuáles son los enfermos en los cuales se puede llegar a una curación y cuáles no son capaces de mejoría. El día que se erige en nuestras Universidades la cátedra de Cirugía Orto-

pédica llegará una generación de médicos que tendrá una serie de conocimientos que les permitirá poder orientar a los lisiados, pero entretanto es imprescindible que el Estado organice una serie de pequeños cursillos, con asistencia obligatoria para los titulares de las Beneficencias Municipales, donde se les instruya de una serie de conocimientos elementales, que les permita a ellos mismos tratar cierta clase de enfermos y orientar a los demás sobre la época en que deben ser tratados en los Centros Hospitalarios adecuados; así como también les capacite para poder realizar después la vigilancia posterior de estos enfermos conociendo los peligros que determina una falta de observación y de atención en ellos, y cómo éstos pueden dar lugar a una recidiva de su deformidad.

La creación de los días de reconocimiento de los lisiados, a semejanza de lo que en Alemania se ha hecho, mediante equipos móviles, los cuales podrían realizarse en sitios centrales adonde pudieran concurrir los lisiados de todas las partes próximas, señalando unos cuantos por cada provincia, y que tendrían como misión el señalar los enfermos que debían ser hospitalizados, después de haberlos reconocido detenidamente, evitando así el que fueran enviados a los Centros de tratamiento enfermos en los cuales no se puede realizar ninguno; revisar los enfermos ya tratados anteriormente, lo cual tendría la doble ventaja primero, de evitar descuidos por parte de los médicos y familiares de los enfermos, sobre todo de estos últimos, que impediría el éxito de los tratamientos, y segundo, podría hacerse una comprobación de los resultados obtenidos con las distintas clases de tratamientos utilizados en diferentes Centros y por diferentes especialistas que permitirían el mejorar cada vez más las condiciones de curabilidad de estos enfermos, así como también mejorar nuestros conocimientos científicos en especialidades, como en la Cirugía Ortopédica, donde los resultados definitivos no se pueden juzgar muchas veces sino al través de los años y permitiría así eliminar unas operaciones y mejorar otras, pues hay que considerar que en fin de cuentas, el lisiado no debe convertirse en un objeto de la actividad médico-científica, ni su cuidado debe de concebirse desde el punto de vista puramente samaritano, sino que, por el contrario, el arte médico, pedagógico y la educación religiosa deben

tender a librar al lisiado de sus taras físicas, psíquicas, anímicas y económicas, convirtiéndole en un miembro activo dentro de la comunidad nacional.

Los enfermos reconocidos en estos equipos móviles, deben de pasar a hospitales especializados, actualmente en España no existen más que los Centros de Beneficencia privada que se dediquen a ellos, llenando así, como ha ocurrido en otros países también, la laguna dejada por los Poderes públicos, pero estos establecimientos no pueden llenar todo su cometido por falta de los medios necesarios; tampoco pueden utilizarse para tratar a estos enfermos salas de Hospitales Generales, pues es tal la complejidad de tratamiento de estos enfermos, que necesitan Centros dedicados tan sólo a ellos, constituyendo el Hogar y Clínica de los lisiados, donde, como su nombre indica, pueden encontrar además de su tratamiento su educación y orientación profesional y mientras que el tratamiento médico lo exija, su hospitalización.

No debe de darse el caso de que una vez curado un lisiado se encuentre éste abandonado sin una preparación profesional, sin ninguna educación; a este enfermo se le ha hecho un desgraciado y más le hubiera valido el no haber sido tratado, o haberlo sido, a pesar de las deficiencias que hubiera podido encontrar, dentro del medio familiar, habiendo obtenido en cambio una preparación que le hubiera permitido ganarse la vida; es imprescindible que la organización de la lucha pro-lisiados permita que los enfermos que necesitan una larga permanencia en el hospital, allí reciban una educación, desde allí pasen a la Escuela de Orientación y Educación profesional y desde allí pasen finalmente al taller corriente.

Ya en España se intentó antes del Glorioso Movimiento, con el Instituto de Reeducción de Inválidos algo de esto, pero la mala orientación que desde un principio se le dió, por falta de una dirección médica, lo hizo fracasar, pues los talleres absorbieron la mayor parte de la Institución, quedando la parte médica relegada a un término secundario, siendo todo lo contrario lo que debe de ocurrir, pues si no se caería en los defectos que señalaba Bede ya en 1909 en Alemania, donde en el Hogar de lisiados de Hannover sólo se restituían 20 enfermos al año, habiendo otros donde el número era todavía menor.

La dirección de todos estos establecimientos debe ser comple-

tamente médica, así como es necesario que estén perfectamente dotados de todo el material clínico necesario. En nuestro país y dadas las dificultades para organizar rápidamente una lucha pro-lisiados, que por otra parte es urgente, se podrían empezar a utilizar los Centros particulares mientras que el Estado estuviera en condiciones de poseer establecimientos propios, encomendándoles el tratamiento de estos enfermos dentro de las normas marcadas por el Estado, y ayudadas por éste, para que el tratamiento fuese todo lo más eficaz posible.

En estos establecimientos estarán los enfermos el tiempo indispensable para el tratamiento que necesiten, pues si no sería necesario un número de camas excesivamente grande, y habría el peligro de caer en el aislamiento de estos enfermos con todos sus inconvenientes. Si la lucha pro-lisiados se organiza debidamente, al continuar los enfermos bajo la vigilancia adecuada, se evitaría el peligro de las recidivas, de las deformidades y se disminuiría también el número de los enfermos necesitados de hospitalización o por lo menos se acortaría ésta.

No todo lisiado necesita una hospitalización, sino que hay muchos que pueden ser tratados sin ella, buena prueba de ello son la cifras citadas por Eckhardt en los lisiados tratados en Prusia, donde fueron tratados 139.289 enfermos de menos de dieciocho años, de los cuales sólo fueron hospitalizados 7.418, ó sea el 5,3 por 100.

En cuanto lo que al médico rural le interesa sobre la recuperación de los niños lisiados y deformes, hemos de comenzar por señalar una estadística de cuáles son, según los enfermos presentados en nuestra consulta hospitalaria, las causas más frecuentes de deformidades en nuestro país, para poder con arreglo a ellas darles las nociones generales que pueden interesarles ante los enfermos que puedan encontrar con mayor frecuencia en la práctica profesional, así como la forma de poder ser útiles dentro de los escasos medios con que en general se van a encontrar para luchar con ellos.

A la cabeza de todas las lesiones aparecen las tuberculosis osteo-articulares con un 32,5 por 100, siguen a éstas en orden de frecuencia las parálisis flácidas con 23,3 por 100, después las deformidades congénitas con un 18,2 por 100, osteomielitis con un

11,1 por 100, parálisis espásticas con 7,6 por 100, escoliosis con 3,8 por 100, cicatrices viciosas consecutivas a quemaduras con 1,2 por 100, deformidades raquílicas con 1,1 por 100 y pérdida de miembros de origen traumático 0,1 por 100.

Antes de empezar a ocuparnos de los cuidados a dar a cada uno de estos grupos, hemos de empezar por decir que hay una serie de principios que son comunes para el tratamiento de las enfermedades, sea cual sea su origen, y que está relacionado con la parte del organismo que está afectada por la enfermedad, y con arreglo a esto hemos de dividir a los enfermos en lesionados de la columna vertebral, de los miembros superiores y de los miembros inferiores: en todos ellos hemos de tener en cuenta que al ocuparnos de estos enfermos, nosotros tenemos que pretender no sólo curarles de su lesión, sino dejarles además en condiciones de que la parte enferma realice, una vez curada, la función de un modo normal o en la forma más aproximada a lo normal.

*Columna vertebral.*—En las sesiones que sobre ella recaen hemos de tener en cuenta que si necesitamos descargarla e inmovilizarla porque la lesión destruye una parte de la vértebra, o porque la lesión ha desequilibrado las fuerzas musculares que sobre ella actúan, y que son las que permiten por su acción el mantenimiento de la forma de la misma, no tenemos más medio de realizarlo que la posición horizontal, no hay ningún medio de sostén que pueda ser aplicado por fuera del cuerpo, que permita mantener la descarga de la columna vertebral estando el enfermo en posición vertical, ni aun un corsé rígido apoyado por arriba en mandíbula y occipital y por abajo en crestas ilíacas, y aunque esté tan perfectamente colocado que impidiera completamente el movimiento de abrir la boca, puede suprimir la acción del peso de las vísceras, que cuelgan todas ellas de la columna vertebral.

Este principio, cuyo conocimiento se ha extendido ya afortunadamente por la mayor parte de los sitios, haciendo que en ciertas enfermedades, como el mal de Pott, hayan sido relegados al olvido los corsés enyesados, donde los enfermos entraban derechos y salían siempre con jibosidades mayores o menores, parece haberse olvidado completamente para otra serie de deformidades de la columna vertebral, como es la escoliosis, la deformidad contra la cual menos puede la ortopedia moderna, precisamente por

existir este olvido que antes decíamos; qué frecuente es ver cómo un enfermo con una escoliosis en plena evolución y con un desconocimiento absoluto por parte de los médicos de la gravedad que va a adquirir rápidamente la deformidad y de la impotencia en que nos encontraremos posteriormente para corregirla, se conforman con prescribir un corsé ortopédico, que además es construido por un mal llamado ortopédico, que en general suele desconocer los más elementales fundamentos de mecánica, y dentro de cuyo corsé continuará avanzando la deformidad hasta llegar a los grados más extremos de la misma, sólo la posición horizontal como antes decíamos es la que puede parar la evolución de una lesión de columna. En cuanto a la forma de mantener una inmovilidad en ella, ya es indiferente, todos los procedimientos son buenos con tal de que sean rigurosamente seguidos y de que al enfermo sólo se le consientan dos posiciones: el decúbito supino y el decúbito prono.

En los miembros inferiores hemos de tener en cuenta que el miembro inferior ha de mantenerse en la posición más útil para su función ulterior y para la determinación de una cojera mínima, esta posición ha de ser con las articulaciones de cadera y de rodilla extendidas y el pie en una posición de 90 a 100°. Claro es que aquí la posición a dar es un poco diferente, según que se trate de procesos articulares o paralíticos, así en los primeros una hiperextensión de la rodilla será altamente perjudicial, aparte de ser antiestética, mientras que en los segundos puede ser tan beneficiosa, siempre que no sea excesiva, que ella posibilitará la marcha del enfermo.

Por último, en el miembro superior la posición a dar será también aquella que facilite su función ulterior, y ésta sobre todo será en hombro y codo la de ángulo recto en el último y la separación de 90° en el hombro, posiciones en las cuales si alguna de ellas queda rígida será la que determinará una mejor utilización del mismo.

Otro concepto que es necesario tener siempre presente, si queremos obtener resultados satisfactorios y que se aproximen lo más posible a la normalidad, es el de la imprescindible necesidad de la precocidad de los mismos; no se puede nunca esperar en la instauración de un tratamiento, que además será todo lo rigurosa-

mente necesario desde el primer momento. Si se trata de deformidades congénitas no hay que temer a la falta de resistencia del niño pequeño, sino pensar en la gran capacidad formativa que el niño pequeño tiene en los primeros meses de la vida y que permitirá que al estar sometida la parte deforme a leyes mecánicas semejantes a las del sujeto normal, se desarrolle también en forma normal, así, por ejemplo, en un labio leporino, que es operado en los dos primeros meses no hay que tocar la parte que hace prociencia de uno de los maxilares, sino que cerrando el orbicular de los labios bastará la acción del mismo para que al realizarse el crecimiento el maxilar que resalta vaya perdiendo lentamente su prociencia hasta llegar a estar al mismo nivel que el del otro, dando así un perfil de cara completamente normal: acuérdense ustedes de la acción que sobre el desarrollo de la cara produce un obstáculo en el paso del aire, debido a cualquier lesión, por las fosas nasales, se deforma la cara, cambia la morfología de la boca, se altera la arcada dentaria y eso que estos trastornos se presentan en edades poco avanzadas de la vida, de modo que cuanto más actuara morfogenéticamente la acción de la función, si se realiza en los primeros meses de la vida. Cada día se extiende más este concepto en nuestra especialidad y así, por ejemplo, en las luxaciones congénitas de la cadera, se tiende cada día más a descubrir en los primeros meses de la vida los estados de preluxación, pues en ellos es, antes de que se presente la luxación con todo su cortejo de deformidades, cuando se puede aspirar mediante el tratamiento apropiado a dirigir indirectamente el desarrollo, consiguiendo así una articulación que se aproxima todo lo más posible a lo normal y que en muchas ocasiones será totalmente normal, lo que posteriormente y pasados los dos primeros años no se logrará ya más que en el 40 por 100 de las ocasiones.

Lo mismo hemos de decir en todas las otras enfermedades que pueden dar lugar a deformidades, cuanto más precozmente sean tratadas, menos deformidades producirán, menos intervenciones habrá que realizar en los enfermos y más pronto se llegará a su curación y menores lesiones residuales les quedarán. Hay que tener siempre presente que el fin que nosotros nos proponemos en primer término es el funcional y que éste tiene que ser superior a todas las otras consideraciones tanto sociales como estéticas.

Hay un último concepto que también quiero dejar aquí sentado, que es la enorme tendencia a la recidiva que presentan todas las deformidades y muchas de las enfermedades que tienen contacto con nuestra especialidad, el optimismo de muchos de los médicos que dan por curado a un enfermo con el criterio familiar de que los dolores se han suprimido, ¡cuántos tumores blancos se han reproducido y han llegado a gravísimas destrucciones articulares por haber existido este criterio!, cuántos operados de deformidades de miembro inferior han visto reproducirse su defecto por haber creído médicos y enfermos que por el hecho de haber sido operados han obtenido una patente de seguridad contra ella y ya no tienen que volverse a ocupar de la misma, cuántas escoliosis han llegado a producir verdaderos desastres por creer que con un corsé o con unos cuantos ejercicios de gimnasia está ya asegurado contra un empeoramiento de su lesión. Es imprescindible saber que en todo enfermo con deformidades por debajo de los dieciocho años, es completamente fundamental la vigilancia continuada de los enfermos, pues es la única forma de conservar los resultados obtenidos y de evitar la recidiva de las deformidades que han sido corregidas anteriormente por medios incruentos, y como esta labor sólo puede encomendarse en la práctica rural al médico, éste debe estar completamente penetrado con estas ideas fundamentales para poder luchar con la tendencia al abandono de los enfermos por parte de sus familiares, que consideran o bien que la deformidad está completamente curada o que por el contrario, al ver que ésta tiende a reproducirse, que es inútil seguir luchando con ella y es entonces necesario que el médico que se encuentra al lado del enfermo pueda seguir insistiendo en la seguridad de que con una buena vigilancia y la utilización de los medios que han sido recomendados después del tratamiento de corrección se evitará seguramente la reproducción de la misma.

Estas tendencias no son producto de la mentalidad de nuestro país, han ocurrido y siguen ocurriendo en la mayor parte del mundo, más en unos sitios que en otros y en una proporción inversa al grado de ilustración y de divulgación de estos conocimientos entre médicos y profanos.

Como sería muy largo entrar en dar, aunque sólo fuera una sucinta idea de todos los medios que hay que poner en práctica

para luchar con cada uno de los grupos más frecuentes de causas de deformidad en el niño, terminaremos volviendo a insistir de nuevo en la necesidad:

1.º De que el Estado cree un organismo que ejerza la tutela del lisiado y que se ocupe tanto de la recuperación como de la orientación y educación del mismo para poder hacerle útil a sí mismo y a la sociedad.

2.º Instalación, todo lo más precoz, de los tratamientos necesarios.

3.º Prolongación de los mismos hasta llegar a su completa curación médica y funcional.

4.º Prolongación de la vigilancia médica hasta tanto que se haya terminado el crecimiento, época en que el peligro de la recidiva de las deformidades disminuye notablemente para la mayor parte de las mismas.