

MANEJO SEGURO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE. INFLUENCIA DE LA FISIOTERAPIA.

Carmona Varón Dolores¹, Marín Fructuoso Coral¹, Villar Romero Esperanza¹.

¹ Fisioterapeuta. Hospital Universitario San Cecilio.



La escoliosis es una deformidad tridimensional de la columna vertebral, en la que debe detectarse una desviación lateral del raquis mayor de 10° medidos por el método de Cobb, rotación vertebral alrededor del eje perpendicular y una gibosidad visible en el examen clínico. La EIA (Escoliosis Idiopática del Adolescente) se caracteriza por ser de etiología no definida y aparecer *generalmente después de los 10 años, pero antes de la de la pubertad y de la madurez esquelética.*

La EIA representa del 80 al 85% de todas las escoliosis.

LAS DEFORMIDADES DEL RAQUIS, JUNTO CON EL DOLOR DE ESPALDA, SON EL MOTIVO DE CONSULTA MÁS FRECUENTE EN LAS SALAS DE FISIOTERAPIA DURANTE LA ADOLESCENCIA.

Una de las mayores fuentes de conflicto entre profesionales y los diferentes estudios realizados es el efecto del tratamiento fisioterápico en la escoliosis.

OBJETIVO

Valorar la influencia del tratamiento fisioterapéutico en el pronóstico de la escoliosis idiopática del adolescente (EIA).

MATERIAL Y MÉTODOS

➤ **Diseño:** Estudio descriptivo de una cohorte de pacientes.

➤ **Población:** Pacientes de 10-18 años citados en la Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación desde Marzo 2007-Diciembre 2008 con sospecha de escoliosis.

➤ **Criterios de inclusión:** Diagnóstico EIA (CIE-9: 737) y tener finalizado el proceso a 27 de Febrero de 2013.

➤ **Variables:** Edad, actividad física, grados de Cobb en la primera telerradiografía, curva única o múltiple, madurez ósea al diagnóstico (Índice de Risser) y tipo de tratamiento realizado. Se consideró que hubo empeoramiento cuando el ángulo de Cobb aumentó 5° entre dos revisiones semestrales o se presentó necesidad de cirugía.

Se ha aplicado el test exacto de Fisher en el total de variables para detectar diferencias estadísticamente significativas que puedan ser criterio de mala evolución. El estudio estadístico se ha realizado con el programa SPSS, considerando significación estadística un nivel de $p < 0,05$.

RESULTADOS

		N (casos analizados)	Distribución por grupos	Pacientes con mala evolución	p
Edad:	< o igual a 14 años	57	32 (56,1%)	9 (69,2%)	0,350
	> 14 años		25 (43,9%)	4 (30,8%)	
Actividad física:	No	19	6 (31,6%)	2 (40%)	0,79
	< 3 horas semanales		7 (36,8%)	2 (40%)	
	>3 horas semanales		6 (31,6%)	1 (20%)	
Ángulo de Cobb inicial:	10°-24°	57	41 (71,9%)	9 (69,2%)	0,376
	25°-34°		12 (21,1%)	4 (30,8%)	
	Más de 35°		4 (7%)	0	
Número de curvas:	Una	57	33(57,9%)	3 (23,1%)	0,009
	Múltiple		24 (42,1%)	10 (76,9%)	
Índice de Risser Inicial	De 0 a 2	57	20 (35,1%)	8 (61,5%)	0,044
	De 3 a 5		37 (64,9%)	5 (38,5%)	
Tratamiento:	Observación	57	23 (40,3%)	3 (23,1%)	0,011
	Fisioterapia		10 (17,5%)	0	
	Corsé		24 (42,1%)	10 (76,9%)	

CONCLUSIÓN

Se consideran factores pronósticos de mala evolución tener más de una curva, presentar un índice de Risser al diagnóstico menor o igual a 2 y el tipo de tratamiento realizado.

El tratamiento de Fisioterapia es considerado como un factor de buen pronóstico, aunque puede considerarse un factor de confusión al estar relacionado con la severidad de la curva.

Conocer los factores predictores de progresión de la curva podrá optimizar el tratamiento y seguimiento de la EIA, por lo que se requieren más estudios con análisis multivariante y multicéntricos.