

El deporte en grandes inválidos

Propuesta de clasificación

DR. M. SUPERVÍA.

Nos proponemos tratar del deporte practicado por grandes disminuidos físicos, especialmente por para y tetrapléjicos, y dar unas normas de valoración del grado o amplitud de la disminución física, con el fin de poder clasificar a los diversos minusválidos en grupos con posibilidades semejantes.

Habitados como generalmente estamos a las competiciones deportivas de atletas jóvenes, perfectos, con una integridad física y preparación extraordinarias, que consiguen marcas cada día más difíciles de superar y cada día superadas, quizás parezca una incongruencia el que pretendamos que compitan en la práctica deportiva quienes tienen graves e importantísimas disminuciones físicas del tipo de la paraplejía, que les impide incluso una cosa tan elemental como es la deambulacion.

Pues bien, no sólo podemos asegurar que no es ninguna incongruencia, sino que si el deporte en el individuo sano tiene primordial importancia para el mantenimiento de una buena forma física y en definitiva una buena salud, en el gran inválido es indispensable para su reintegración social y la consecución y conservación de una buena rehabilitación, de tal modo que la práctica del deporte forma parte importante del tratamiento de estos enfermos.

Desde los no muy lejanos tiempos, en que se decía, que las lesiones medulares transversas completas tenían un pronóstico fatal a no muy largo plazo, hasta hoy, en que no sólo se ha superado este desesperante pronóstico, sino que pretendemos que estos lesionados practiquen deporte, ha transcurrido poco tiempo pero representa un gran salto hacia adelante.

Al introducir las actividades deportivas de forma sistemática en el tratamiento, se consigue una doble finalidad. Por una parte se ocupa un tiempo que de otra forma es difícil de llenar en un Centro de Rehabilitación y por otra, se proporciona desarrollo y adiestramiento físico. Igualmente son interesantes las prácticas y competiciones deportivas desde otro ángulo: las servidumbres fisiológicas que llevan emparejadas las grandes disminuciones físicas del tipo

de las lesiones medulares transversas, conducen fácilmente al aislamiento y producen complejos de inferioridad, dificultando las relaciones sociales. El volverles a poner en contacto con el mundo que les rodea, facilita su reintegración social, crea un sentido de equipo y disciplina, estimula el compañerismo y hace recuperar la confianza en sí mismo.

No podemos dejar de mencionar los juegos de STROKE MANDEVILLE, que se celebran anualmente con la concurrencia de hombres y mujeres paralíticos de todo el mundo que acuden a ellos con un espíritu e ilusión extraordinarios.

También desde la Olimpiada de Roma de 1960 se celebra cada cuatro años, con el mismo ritmo pues de las Olimpiadas, en el mismo lugar e inmediatamente después de éstas, la PARAOLIMPIADA, con la participación de estos atletas minusválidos. Debemos señalar que en la última Olimpiada se hizo una excepción y en lugar de celebrarse la paraolimpiada en Méjico se celebró en Israel.

PLAN DEPORTIVO

Naturalmente y siempre sin perder de vista la faceta terapéutica del deporte, hacemos practicar aquellos ejercicios que están especialmente indicados en cada caso, si bien tenemos presente que siempre además de la hipertrofia muscular que proporciona el deporte, conseguimos con cualquiera de ellos estimular el espíritu de competición, incrementar el ánimo ante la enfermedad, elevar el sentido de sociabilidad, normalizar y mejorar el sentido de equilibrio, crear nuevas vías de control postural dinámico, etc. Indirectamente actuamos sobre la sociedad, que ve a estos paralizados ejecutar actividades deportivas con tanta naturalidad y entusiasmo como pudiera efectuarlo cualquier atleta con integridad de su organismo.

El plan de actuación comprende —no olvidemos que nos referimos a para y tetrapléjicos o

invalideces equivalentes— primeramente, la enseñanza y práctica de ejercicios elementales cuales son:

1. Mantenimiento del equilibrio en la posición de sentado, primeramente con ojos abiertos y posteriormente cerrados. El ejercicio se practica ante un espejo para corregir posiciones y es auxiliado por personal fisioterapeuta.

2. Bipedestación estática entre barras paralelas. Para ello se requieren aparatos o férulas de yeso que mantengan las extremidades inferiores en extensión. También comienza realizándose ante espejo.

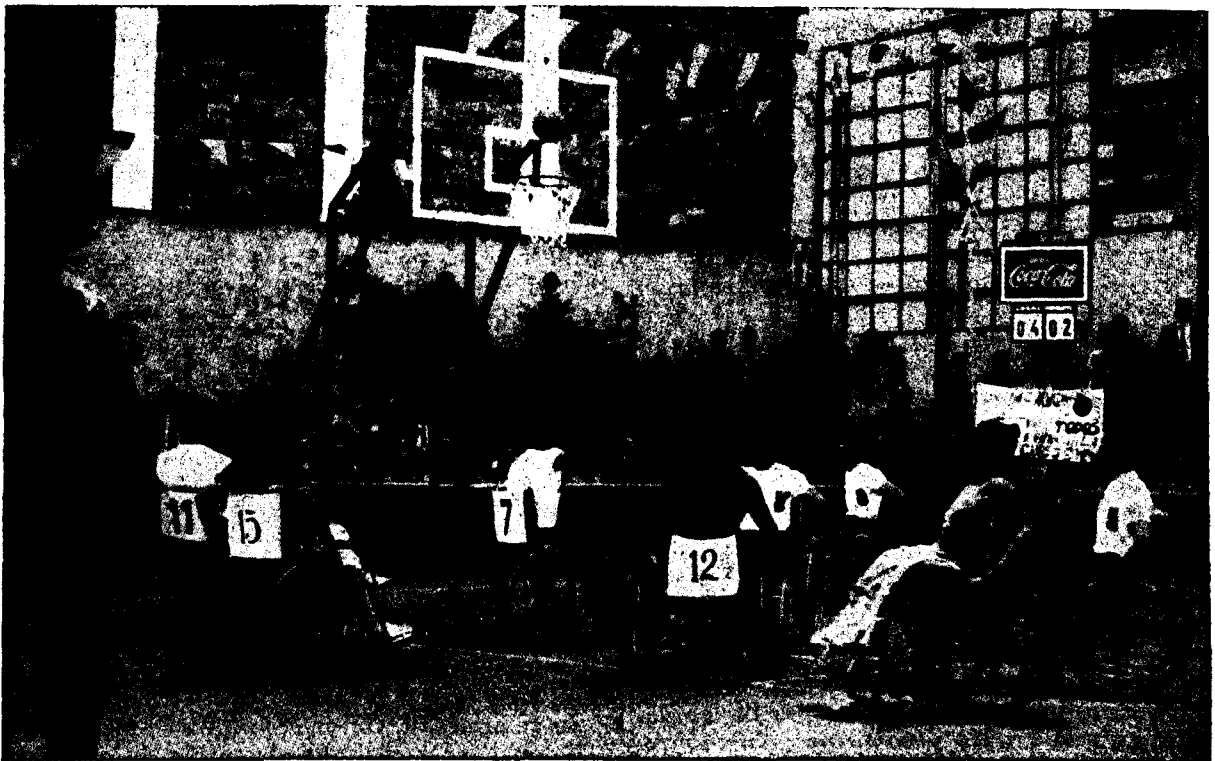
3. Marcha entre barras paralelas (de medio péndulo, péndulo completo o cuatro puntos). Luego marcha con bastones de codo, primeramente auxiliado por fisioterapeuta, que da indicaciones y corrige desde un principio vicios y defectos.

Además, durante este período, se ha ido iniciando en el manejo de la silla de ruedas. Superadas estas fases iniciales que pertenecen más a la rehabilitación que al deporte, puede comenzarse la práctica de un deporte determinado, para lo cual tendremos presente unas normas generales:

- Individualizar cada caso.
- Evitar excesivos e inútiles desarrollos musculares.
- Prohibir prácticas peligrosas que puedan producir caídas con facilidad.

CONTRAINDICACIONES DEL DEPORTE

Nos referimos naturalmente al caso concreto del deporte practicado por grandes disminuidos físicos. Consideramos contraindicaciones:

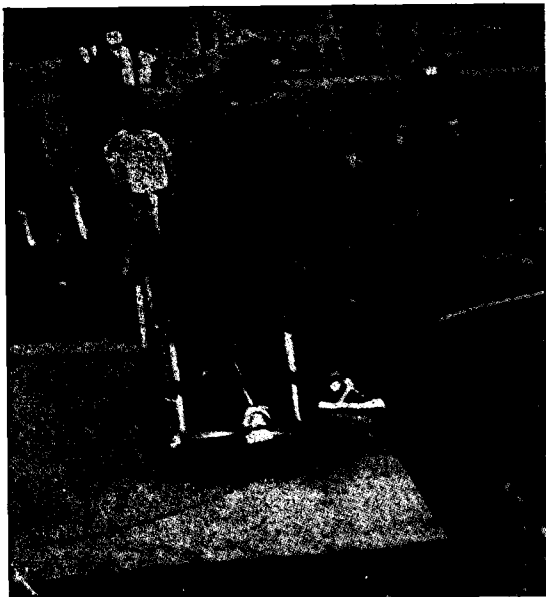


- Mal estado general.
- Existencia de dolores intensos al efectuar ejercicio.
- Roturas óseas o tendinosas (no olvidemos que estos enfermos —paraplégicos— carecen de todo tipo de sensibilidad (por debajo del nivel neurológico lesional).
- Alteraciones de temperatura, presión arterial o cuadro hemático.

TIPOS DE DEPORTE

Ya hemos dicho que para el paciente de lesión medular transversa, el deporte no es un simple pasatiempo sino un aspecto fundamental del tratamiento.

Naturalmente no todos los deportes están dentro de sus posibilidades, pero sí gran número de ellos. Debemos considerar que la mayor



parte los va a realizar desde una silla de ruedas, exceptuando claro está, la natación. Vamos a mencionar aquellos que más corrientemente practican estos lesionados:

— Lanzamiento de peso, jabalina, barra y disco.

— Bolos.

— Minigolf.

— Tiro con arco. (Pueden competir con los sanos).

— Natación.

— Esgrima.

— Tenis de mesa.

— Billar.

— Baloncesto (con silla).

— Equitación.

— Polo.

La equitación, el polo y la esgrima por el momento no se practican en nuestro país, pero los hemos visto practicar en el extranjero y forman parte del programa de las competiciones.

INTENTO DE CLASIFICACION

Evidentemente no podemos hacer competir de forma indiscriminada a todos los minusválidos entre sí, puesto que las disminuciones físicas no son iguales en cuanto a grado e intensidad.

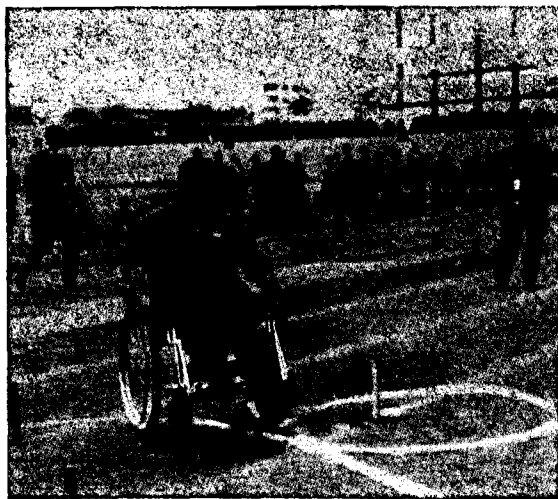
Nosotros intentamos clasificarlos según la altura de la lesión; como puede colegirse hacemos referencia a las lesiones medulares y aun cuando todos los participantes no lo sean por esta causa, esta clasificación nos permite equipararlos al tener en cuenta los grupos musculares que quedan indemnes.

De ello nos podremos dar mejor cuenta viendo el gráfico que acompañamos de *Inervación segmentaria de músculos* en el que en la parte central hemos representado los diversos segmentos neurológicos de la columna vertebral y a ambos lados los músculos más importantes situados según el nivel de inervación, de tal forma que con un simple vistazo podemos darnos cuenta de los músculos que están totalmente conservados, de aquellos que sólo lo están en forma parcial y de los que están total y definitivamente paralizados. Poniendo un ejemplo, por otra parte frecuente de encontrar en la práctica, tenemos que una lesión entre C-5 y C-6 nos da un individuo con un músculo bíceps indemne y en cambio carece prácticamente de tríceps, es decir que este lesionado podrá efectuar bien la flexión del codo y en cambio no podrá realizar la extensión activa del mismo, pero sí la pasiva valiéndose de la gravedad y dejando caer el antebrazo. De igual forma y con una simple ojeada al gráfico podemos formarnos una idea de las posibilidades del sujeto explorado, para cualquier otro nivel de lesión, o bien el problema inverso, es decir que a partir de unos grupos musculares indemnes —por ejemplo en un poliomielítico— podemos marcarle un nivel neurológico.

INERVACION MEDULAR SEGMENTARIA DE MUSCULOS

Una primera clasificación podría ser según los diversos segmentos medulares y así clasificarlos en cervicales, dorsales, lumbares y sacros. Debemos hacer la salvedad de que los dorsales los dividimos en altos (lesión por encima de D-6) y dorsales bajos (lesión por debajo de D-6).

También es menester considerar si la lesión



medular es completa —síndrome medular transverso completo— o incompleta —síndrome medular transverso incompleto— que respeta grupos musculares por debajo del nivel lesional.

Con todo lo expuesto creemos que damos una pauta de clasificación rápida y sencilla, que nos

agrupa a los participantes en una competición deportiva según la cantidad de grupos musculares de que disponen, y nos permite hacerlos competir con aquellos que tienen posibilidades físicas semejantes.

INERVACION SEGMENTARIA DE MUSCULOS IMPORTANTES

