



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“DISTONÍA EN LA CINTURA LUMBOPÉLVICA COMO SECUELA DE CRANEOSINOSTOSIS.”

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Terapia Física

Autora: Almeida Villegas, Geovanna Cristina

Tutora: Lcda. Santamaría Santana, Gabriela Alexandra

Ambato – Ecuador

Noviembre 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Análisis del Caso Clínico sobre el tema:

“DISTONÍA EN LA CINTURA LUMBOPÉLVICA COMO SECUELA DE CRANEOSINOSTOSIS”, de Almeida Villegas Geovanna Cristina, estudiante de la Carrera de Terapia Física, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto del 2015

LA TUTORA

.....
Lcda. Santamaría Santana, Gabriela Alexandra

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico sobre “**DISTONÍA EN LA CINTURA LUMBOPÉLVICA COMO SECUELA DE CRANEOSINOSTOSIS**”, como también los contenidos, ideas, análisis, y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Agosto del 2015

LA AUTORA

.....
Almeida Villegas, Geovanna Cristina

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este análisis de caso clínico o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi análisis de caso clínico con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción del mismo dentro de las regulaciones de la universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Agosto del 2015

LA AUTORA

.....

Almeida Villegas, Geovanna Cristina

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal examinador, aprueban el Análisis del Caso Clínico, sobre el tema **“DISTONÍA EN LA CINTURA LUMBOPÉLVICA COMO SECUELA DE CRANEOSINOSTOSIS”**, de Almeida Villegas Geovanna Cristina, estudiante de la Carrera de Terapia Física.

Ambato, Noviembre 2015

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios y a mi Madre. A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, y no desfallecer por los obstáculos que se han presentado en mi vida gracias a Dios he podido cumplir una meta más en mi vida profesional .

A mi madre, quién a lo largo de mi vida ha velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ella que soy lo que soy ahora.

Geovanna Cristina, Almeida Villegas

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de mi estudio.

Con todo mi cariño y mi amor agradezco a mi madre Mérida Villegas, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y porque siempre me apoyó para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba Mamá gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto se lo debo a ti.

Gracias a esas personas importantes en mi vida, a Lucía y Paulina Cali que siempre estuvieron listas para brindarme todo su apoyo y ayuda en las buenas y en las malas, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado.

Geovanna Cristina, Almeida Villegas

ÍNDICE GENERAL

A. PÁGINAS PRELIMINARES

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCIÓN	1
TEMA	3
OBJETIVOS:	3
GENERAL:	3
ESPECÍFICO:	3
RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES:	4
INFORMACIÓN OBTENIDA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS	4
IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE:	8
DESARROLLO	10
DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO.....	10
Evolución de la paciente en las diferentes casas de salud.....	21

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	22
ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD	25
IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.....	26
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	36
PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO	38
CONCLUSIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
BIBLIOGRAFÍA:	58
LINKOGRAFÍA:	60
CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO.....	60
ANEXOS	62
ANEXO1. ENTREVISTA	62
ANEXO2. TOMOGRAFÍAS	66
ANEXO.3 VALORACIÓN APGAR.....	70
ANEXO 4. EVALUACIONES	71
ANEXO 5. EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA	74
ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO	77
ANEXO 7. HISTORIA CLÍNICA.....	78

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Screening Neonatal	6
Tabla 2. Examen de Genética (citogenético)	6
Tabla 3. Ecosonografía Abd Sup	7
Tabla 4. Examen de neurofisiología (Potenciales Evocados Visuales)	7
Tabla 5. Evaluación audiológica básica	7
Tabla 6. Historia clínica – Hospital del IESS Ambato.....	10
Tabla 7. Historia Clínica – Hospital de los Valles-Quito.....	15
Tabla 8. Epicrisis.....	17
Tabla 9. Historia Clínica – Universidad Técnica de Ambato	19
Tabla 10. Valoración Psicomotriz.....	20
Tabla 11. Protocolo de atención prenatal.....	27
Tabla 12. Protocolo de atención durante el parto del recién nacido	28
Tabla 13. Protocolos de atención posnatal.....	29
Tabla 14. Oportunidades de mejora	36
Tabla 15. Evaluación general– Área de Terapia Física, según clasificación internacional de discapacidad	38
Propuesto por la licenciada mará belén camino, fisioterapeuta.	38
Tabla 16. Valoración en decúbitos.....	40
Tabla 17. Valoración por sistemas y áreas.....	42
Evaluación general– Área de Terapia Física, según clasificación internacional de discapacidad	74

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Factor RH.....	30
Gráfico 2. Desarrollo normal de las suturas.....	31
Gráfico 3. Craneosinostosis braquicefalia	32
Gráfico 4. Técnica de integración sensorial.....	46
Gráfico 5. Fortalecimiento de la musculatura paravertebral	47
Gráfico 6. Fortalecimiento de la musculatura abdominal	47
Gráfico 7. Movilidad de miembros inferiores.....	48
Gráfico 8. Texturas.....	49
Gráfico 9. Hipoterapia.....	50
Gráfico 10. Hidroterapia	51
Gráfico 11. Terapia mediante juegos	52
Gráfico 12. Terapia auditiva	52
Gráfico 13. Sedestación independiente	53
Gráfico 14. Bipedestación asistida.....	54
Gráfico 15. Bipedestación con apoyo	55
Gráfico 16. Marcha activa asistida.....	55
Gráfico 17. Marcha independiente.....	56

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

“DISTONÍA EN LA CINTURA LUMBOPÉLVICA COMO SECUELA DE CRANEOSINOSTOSIS”.

Autora: Almeida Villegas, Geovanna Cristina

Tutora: Lcda. Santamaría Santana, Gabriela Alexandra

Fecha: Ambato, Agosto 2015

RESUMEN

El presente caso clínico titulado “DISTONÍA EN LA CINTURA LUMBOPÉLVICA COMO SECUELA DE CRANEOSINOSTOSIS”, presente en la niña de 4 años y 7 meses de edad, durante el proceso gestacional no hubo ninguna complicación la niña nace mediante cesarí a las 39 semanas de gestación, a partir del parto y los primeros meses de vida de la niña no hubo ningún signo ni síntoma que lleven a considerar la actual patología, a partir del 6 mes de vida de la niña se comienza a observar un retraso en su desarrollo psicomotor, audición, visión, lenguaje que llamaron la atención de los padres y acuden a consulta en la área de pediatría del Hospital del IESS de Ambato mediante varios exámenes es diagnosticada retraso psicomotor grave y es remitida a rehabilitación, a la edad de 1 año y 6 meses de edad acude al Hospital de los Valles de Quito mediante varios estudios de laboratorio es diagnosticada con craneosinostosis de tipo braquicefalia, la misma que es intervenida quirúrgicamente mediante una craneotomía la cual es tardía provoca complicaciones en la paciente como retazo psicomotor, pérdida de la visión, audición, distonía de la cintura lumbopélvica, a la

edad de 3 años acude al centro diurno de cuidado y desarrollo para personas con discapacidad de la Universidad Técnica de Ambato y convenio del MIES, UTA, ESPOCH para recibir atención de un grupo interdisciplinario tanto en la área de terapia física, estimulación temprana, terapia de lenguaje para mejorar su estado de salud.

PALABRAS CLAVES: DISTONÍA, CRANEOSINOSTOSIS, CRANEOTOMÍA, BRAQUICEFALIA, PSICOMOTOR.

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

PHYSICAL THERAPY CAREER

"WAIST LUMBOPELVIC DYSTONIA IN THE AFTERMATH OF CRANIOSYNOSTOSIS",

Author: Almeida Villegas, Geovanna Cristina

Tutora: Lcda. Santamaría Santana, Gabriela Alexandra

Date: Ambato, August 2015

ABSTRACT

This case report entitled "WAIST LUMBOPELVIC DYSTONIA IN THE AFTERMATH OF CRANIOSYNOSTOSIS", present in the girl of 4 years and 7 months of age, during the process there were no gestational complication the girl child is born through cease to the 39 weeks of gestation, from the day of birth and the first few 1 months of life of the girl there was no sign or symptom that will lead to consider the current pathology, from 6 month of life of the little girl begins to see a delay in their psychomotor development, hearing, vision, language which attracted the attention of the parents and come to a consultation in the area of pediatrics of the Hospital of the IESS of Ambato through varis reviews is diagnosed Psychomotor retardation is serious and forwarded to rehabilitation, at the age of 1 year and 6 months of age go to the Hospital of the Valleys of Quito by means of a number of studies of laboratory is diagnosed with type of craniosynostosis brachycephaly, the same that is operated through a craniotomy which is late leads to complications in the patient as psychomotor holdover, loss of your sight, hearing, dystonia of the waist lumbopelvic,

at the age of 3 years comes to the day-care center of care and development for people with disabilities in the Technical University of Ambato and convention of the harvest, UTA, ESPOCH to receive attention from an interdisciplinary group both in the area of physical therapy, early stimulation, speech therapy for Improve your state of health.

KEYWORDS: DYSTONIA, CRANIOSYNOSTOSIS, CRANIOTOMY, BRACHYCEPHALY, PSYCHOMOTOR.

INTRODUCCIÓN

El presente caso clínico titulado “DISTONÍA EN LA CINTURA LUMBOPÉLVICA COMO SECUELA DE CRANEOSINOSTOSIS”. Que fue detectado cuando la paciente tenía 1 año y 6 meses de edad debiendo realizar una investigación minuciosa de documentos, fuentes bibliográficas y una entrevista a la madre de la paciente en estudio.

La distonía en la cintura lumbopélvica es un síndrome clínico caracterizado por contracciones musculares involuntarias de músculos agonistas y antagonistas, que estos van a provocar movimientos abigarrados reptantes o posturas anormales, esto es causado por una disfunción en el sistema nervioso central en los ganglios basales y el putámen⁽¹⁾.

La distonía se presenta en todas las razas y en todas las edades, sin predilección por el sexo. Se ha establecido una prevalencia de 3-5 /100,000 habitantes para distonía generalizada y de 3-732 /100,000 para la distonía focal la prevalencia para la distonía generalizada es mayor en Europa del este.

Actualmente la incidencia y la prevalencia de la distonía de la cintura lumbopélvica es de origen desconocido pero varios autores le asocian que está provocado por un componente hereditario que se ha identificado en el gen DYT1, en el cromosoma 9, enfermedades neurológicas, enfermedades metabólicas y como secuela de enfermedades congénitas asociadas a un daño cerebral como la “CRANEOSINOSTOSIS”⁽²⁾.

La intensidad de la distonía en la cintura lumbopélvica se modifica en diferentes circunstancias como al andar, hablar, cambiar de una posición a otra, la fatiga o el estrés, para lo cual hay que realizar al paciente un relajamiento muscular y una integración sensorial con diferentes técnicas para lograr que el paciente vuelva a la calma⁽³⁾.

La craneosinostosis es el cierre prematuro parcial o total de las suturas del cráneo que separan los huesos del cráneo, que estas suturas están formadas de tejido conectivo para facilitar la salida del bebé por el canal de parto, para que se dé la craneosinostosis las suturas se cierran en el vientre materno que la causa es de origen desconocido, pero varios autores le asocian que se da en la vida intrauterina como: una malformación congénita, agentes teratógenos, sufrimiento fetal, malas posturas adquiridas por el feto durante los 9 meses de gestación etc.

La craneosinostosis afecta entre 1 y 2,5 de cada 1.000 nacidos vivos. En la actualidad en el Ecuador no hay cifras de incidencia de craneosinostosis, muchas investigaciones de diferentes países dan como resultado que la mayoría de estos casos de craneosinostosis se da durante el embarazo por diferentes causas y complicaciones ⁽⁴⁾.

Rara vez la craneosinostosis causa sintomatología. Puede presentarse como trastornos de la conducta, depresión, etc. En niños no tratados la sintomatología se presenta vómito, dolor de cabeza, y déficits neurológicos tales como retraso mental, ceguera, retraso psicomotor, distonía, hipoacusia etc. Las complicaciones incluyen hipertensión intracraneal, atrofia óptica y retraso mental. Puede haber hidrocefalia secundaria a la estenosis generalizada de la base del cráneo.

N.N., es una paciente de 4 años y 7 meses de edad, nacida por cesarí a las 39 semanas de gestación. Es la tercera hija al momento de nacer no presentó ninguna complicación después del alta médica, el desarrollo de la niña fue supuestamente normal, sin embargo a los 6 meses de edad presenta retraso psicomotor por lo que recibe atención medica en la área de pediatría en consulta externa, remitiéndola a la área de rehabilitación con la impresión diagnosticada de retraso psicomotor grave, luego es intervenida quirúrgicamente en el hospital de los Valles donde le realizan una craneotomía al año y seis meses pero por ser tardía le provoca secuelas en la niña retraso psicomotor, mental, distonía de la cintura lumbopélvica entre otras complicaciones que afectan al desarrollo normal de la niña .

TEMA

“DISTONÍA EN LA CINTURA LUMBOPÉLVICA COMO SECUELA DE CRANEOSINOSTOSIS.”

OBJETIVOS:

GENERAL:

- Analizar si la craneosinostosis provoca la distonía de la cintura lumbopélvica.

ESPECÍFICO:

- Identificar los factores de riesgo de la paciente tanto en el ámbito de la salud, social y económico.
- Diferenciar los signos clínicos que provocan la distonía de la cintura lumbopélvica a consecuencia de la craneosinostosis.
- Proponer estrategias de tratamiento fisioterapéutico para la distonía de la cintura lumbopélvica a corto, mediano y largo plazo.

RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES:

INFORMACIÓN OBTENIDA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

De acuerdo a la información detallada en las Historias Clínicas del caso en estudio, existen factores de riesgo internos y externos que están relacionados con la madre y con la paciente, los cuales establecen el estado de salud de la paciente; se clasifican en:

Factores de riesgo biológicos:

Los factores de riesgo biológicos de la paciente en estudio, están relacionados desde el momento de la concepción y durante el periodo de gestación, los factores biológicos más relevantes son:

- Craneosinostosis
- Padres no consanguíneos
- Compresión fetal

Factores de riesgo ambientales:

Los factores de riesgo ambientales son los que están relacionados entre el medio ambiente y la salud de las personas en el análisis de caso encontramos la situación laboral de los padres, que trabajan con sustancias tóxicas para la salud y las mismas que pueden afectar en el momento de la concepción de un bebé y que a futuro pueden causar complicaciones.

- Entorno laboral
 - ❖ Madre estilista
 - ❖ Padre pintor de carros

Factor de riesgo Psicológico:

El factor de riesgo psicológico se relaciona con la madre por haber perdido un bebé anterior a la paciente

- Depresión
 - ❖ A consecuencia de Muerte fetal anterior

Factores de riesgo social:

El factor de riesgo social se relaciona con la situación económica de los padres de la paciente, por ser de escasos recursos no hay una secuencia del tratamiento correcto de la paciente en estudio.

- Economía

Factores de riesgo ligados al estilo de vida

Los factores de riesgo ligados al estilo de vida están en relación con la madre la misma que trabaja en un salón de belleza durante el periodo de gestación, no tiene un horario establecido para ingerir los alimentos y comidas a la hora

- Mala alimentación

Pruebas de laboratorio

Tabla 1. Screening Neonatal			
17/05/2012			
Parámetro	Resultado	Valores de referencia	
TSH (hipotiroidismo)	0.2	0-15	uU/ml
17-OHP8 (Síndrome Adrenogenital,SAG)	4.3	0.30	Nmol/l
Biotinidasa	21.3	2,7-100	U/gHB
Galactosa -1-P uridiltransferasa	11.1	3,5-100	U/gHB
MS/MS*	Normal		
Fenilalanina	108.6	20-139	Umol/l
RESULTADO NORMAL			

Fuente: Hospital de los Valles

Elaborado por: Almeida Villegas Geovanna Cristina

Tabla 2. Examen de Genética (citogenético)
03/07/2012
Se realiza cultivo de linfocitos de sangre periférica en medio de cultivo RPMI 1640, completando con suero fetal, antibióticos y fitohemaglutinina. Se realiza un sacrificio celular con colchicina, cloruro de potasio y se fija con metanol y ácido acético glacial. La tinción se realiza con giemsa para el contaje y se hacen bandas G para la estructura .se estudian 30 metafases y se encuentra un cariotipo femenino normal. Se comprueba con bandas GTG.
El estudio citogenético descarta alteraciones cromosómicas numéricas y estructurales
CARIOTIPO: 46, XX

Fuente: Hospital de los Valles

Elaborado por: Almeida Villegas Geovanna Cristina

Tabla 3. Ecosonografía Abd Sup	
21/05/2012	
HÍGADO	De textura homogéneo, contornos regulares, y dimensiones conservadas, venas porta y supra hepática de calibre y trayecto normal, no existe dilatación de las vías biliares intra hepáticas, el colédoco normal para la edad.
PÁNCREAS	De forma y tamaño y ecogenecidad normal
VESÍCULA BILIAR	Contraída sin cálculos
RIÑONES	Con pequeña ectasia calicial bilateral
ESTUDIO NORMAL	

Fuente: Hospital de los Valles

Elaborado por: Almeida Villegas Geovanna Cristina

Tabla 4. Examen de neurofisiología (Potenciales Evocados Visuales)	
18/7/2012	
ESTÍMULO	Damero con 31 cuadrículas
Ojo izquierdo	Prolongación de latencias y amplitudes normales
Ojo derecho	
Conclusión : alteración moderada de transmisión de nervio óptico en ambos ojos	

Fuente: Hospital de los Valles

Elaborado por: Almeida Villegas Geovanna Cristina

Tabla 5. Evaluación audiológica básica	
18 Y 25 /09/2012	
ANTECEDENTES	Atrofia cerebral según refiere la madre, en estudios neurológicos
TIMPANOMETRIA: (1000 HZ)	OÍDO DERECHO: TIPO A, consistente con funcionamiento normal del oído medio OÍDO IZQUIERDO: TIPO A, consistente con funcionamiento normal del oído medio

EMISIONES OTOACÚSTICAS	No se obtiene respuestas en ninguno de los dos oídos sin embargo la prueba se ve afectada, por el nivel del ruido interno, ronquido y respiración continua. Por lo que estos resultados pueden estar afectados
POTENCIAL EVOCADO DEL TRONCO CEREBRAL	Utilizando clicks, con rarefacción y luego condensación, no se observa conversión de curvas, morfología de ondas adecuada se distingue claramente onda I, III y V, en los dos oídos a 80DbHL, sugiere sincronización neural adecuada, sin embargo latencias absolutas incrementadas, pese que no hay un factor conductivo detectado en la timpanometria.
RESULTADOS	A sido muy difícil evaluar a la paciente periodos cortos de sueño, los resultados no sugieren neuropatía auditiva, en tres meses intentar audiometría con refuerzo visual.

Fuente: Hospital de los Valles

Elaborado por: Almeida Villegas Geovanna Cristina

IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE:

Para obtener la información que no se encontró en las historias clínicas se realizó una entrevista estructurada a la madre de la menor en estudio de la cual se pudo obtener los siguientes datos que son expuestos a continuación.

La madre de la menor manifiesta haber concebido a N.N. después de seis meses de haber presentado un aborto, que le causó depresión por lo que recibió únicamente asesoramiento médico. Además menciona que fue un embarazo planificado siguiendo su ciclo de ovulación mismo que fue guiado por su médico ginecólogo. Durante la concepción no hubo consumo de alcohol ni otras sustancias que le pudieran causar problemas para la misma. En cuanto a la relación con su esposo durante este proceso

gestacional indica que fue estable; así como con el resto de su familia de origen y familia nuclear.

Según asegura la madre, durante su proceso gestacional no se presentó ninguna complicación, el parto fue mediante cesaría, y a partir de ello no hubo ningún signo o síntoma que lleven a considerar la actual patología que presenta la paciente en estudio. Sin embargo, a partir del sexto mes de su nacimiento se comienza a observar un retraso en su desarrollo psicomotor, en su audición, visión y lenguaje que llamaron la atención de sus padres por lo que optan por acudir a consulta externa en el IESS-Ambato.

En esta unidad de salud envían exámenes médicos que le permitan descartar o asegurar un diagnóstico, no obstante no se realizaron los exámenes específicos por falta de recursos económicos y su poca disponibilidad de tiempo por parte de la madre. La pediatra remite el caso al departamento de rehabilitación en el área de terapia física, basándose en el diagnóstico “retraso psicomotor grave”. Al no ver cambios significativos en la paciente, su madre opta por acudir a diferentes unidades de salud, no solo dentro de la ciudad, sino en otras ciudades tales como Cuenca, Riobamba y Quito; en esta última ciudad es intervenida quirúrgicamente al 1 año, seis meses, realizándole una Craniectomía en el Hospital de los Valles. Pese a que se vieron cambios en el desarrollo de la paciente, no se realizaron los controles para continuar con el tratamiento, lo cual evidentemente detuvo el avance en pro de su recuperación.

Menciona que desde los seis meses de vida de la paciente hasta la actualidad, acude a diferentes unidades de salud al no ver cambios significativos en cada una de ellas, y al ser fácilmente influenciada por comentarios de terceras personas, no mantiene un médico especialista que se haga cargo de la evolución y tratamiento de la patología.

Actualmente acude al centro diurno de cuidado y desarrollo para personas con discapacidad de la Universidad Técnica de Ambato y convenio del MIES, UTA, ESPOCH, recibiendo atención en las áreas de terapia física, terapia de lenguaje, estimulación temprana, rumba terapia, entre otras, indica la madre de N.N., añadiendo que después de recibir la atención en este centro, la lleva a otro centro de rehabilitación particular para mantener a su hija en constante actividad durante todo el día, pues considera que de esta manera contribuye a que exista mejoras en su enfermedad.

DESARROLLO

DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO

Tabla 6. Historia clínica – Hospital del IESS Ambato					
FECHA	TIPO DE ATENCIÓN	MOTIVO DE CONSULTA Y SINTOMATOLOGÍA	HALLAZGOS DE EXAMEN FÍSICO	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
11/05/2012	Ambulatoria	Niña no se sienta ni camina	Peso en PE=10, talla en PE=10, PC en PE=5, DRL faringe eritematoso CP bien, abdomen bien, RIG normal Ene 2 par afectado, hipotonía generalizada DPM para 4 meses ,fuerza disminuida distal, fascia cromosómica alterada, trognocefalia, nariz en silla de montar, cuello corto, hernia umbilical.	Anomalías cromosómicas no especificadas, rinofaringitis aguda (resfriado común)	Claritromicina (gránulos para 5, gránulos para suspensión oral.)

15/05/2012	Hospitalización	Ingresa por presencia de tos y rinorrea	<p>Paciente estable T=36.1 °C P=9.6 kg T=76.5 cm PC=43.4 Puente nasal ancho, orejas de implantación baja, cuello corto.</p>	<p>Rinofaringitis Bronquitis aguda Microcefalia</p>	<p>Screening metabólico. Resonancia Magnética Cerebral. Cariotipo. RX PA de tórax. Eco abdominal. Ecocardiograma. Dieta para edad. Claritromicina 2cc, VO. NMB2 +Salbutamol 0,2 en 3cc de SS cada 8 H. Ambroxol +laratadina 2,5cc VO</p>
------------	-----------------	---	--	---	---

16/O5/2012	Hospitalización	Presencia de rinorrea blanquecina, tos con secreciones, alza térmica.	<p>Valoración porque no camina</p> <p>FC=96</p> <p>FR=25 R*m</p> <p>T= 36.2 °C</p> <p>SO₂=40%</p> <p>TA=80/50</p> <p>P=9.6 kg</p> <p>T=76.5 cm</p> <p>PC=43.1</p> <p>IMC= 16.40</p> <p>Pcte hipo activo</p> <p>Cabeza=microcefalia con protuberancia en la parte media de la región frontal.</p> <p>Cara micrognatica, cuello corto, extremidades simétricas, fuerza y sensibilidad disminuida</p>	<p>Alteraciones cromosómicas a descartar</p> <p>Bronquitis</p> <p>Microcefalia</p> <p>Desnutrición</p>	<p>Dieta para edad.</p> <p>Claritromicina 2cc, VO.</p> <p>NMB2</p> <p>+Salbutamol 0,2 en 3cc de SS cada 8 H.</p> <p>Ambroxol</p> <p>+Ipratropina 2,5cc VO</p> <p>Pendiente exámenes</p> <p>Alta médica (remitido a interconsulta)</p>
------------	-----------------	---	---	--	---

			alteración del 2 ^{do} par craneal Glasgow=15/15 Discreta disminución de la diferenciación de la sustancia gris y blanca		
17/05/2012	Ambulatoria	Interconsulta solicitada por estudio completo por sospecha de trastorno genético	Miosis importante Pupilas con escaleras azules no se logra que la niña fije la mirada. Reflejos de pupilas ausentes	Alteración cromosómica no especificada	Potenciales evocados
03/04/2013	Ambulatoria	Retraso psicomotor severo Asintomático	Mucosas orales húmedas Cardiopulmonar normal	Parálisis cerebral infantil	Terapia física Multivitamínicos con o sin minerales (jarabe oral)

11/02/2014	Ambulatoria	Retraso psicomotor severo	Se sienta sola toma objetos pero no logra mantener la mirada	Microcefalia secundaria craneosinostosis Retraso psicomotor Distonía	Terapia física Terapia de lenguaje
26/06/2014	Ambulatoria	Niña no responde estímulos con objetos	Pupila miótica ambos ojos, no reactiva a la luz, pos dilatación con MYDRYACIL, se aprecia buena percepción luminosa	Craneosinostosis	Estimulación con visión
14/10/2014	Ambulatoria	Niña no responde estímulos con objetos	Niña no vidente AO Papila miótica hipo reactiva AD, medios transparentes	Amaurosis	Estimulo Diclofenaco CD,HS

Fuente: Hospital del IEES Ambato

Elaborado por: Almeida Villegas Geovanna Cristina

Tabla 7. Historia Clínica – Hospital de los Valles-Quito	
ANAMNESIS	
Motivo de consulta	Craneosinostosis
Antecedentes personales	Pcte nacida y residente en Ambato, padres no consanguíneos residentes en Ambato, madre de 34 años y padre de 31 años de edad. Sin antecedentes referidos. Embarazo controlado, nacimiento por parto céfalo vaginal producto de tercera gesta sin complicaciones a la edad de 6 meses presenta retaso psicomotriz evidente no se sienta, a los 12 meses no palabras solo monosílabos y palabras cortas, no bipedestación en cráneo detención de perímetro cefálico, acude a neuropediatría decidiendo corrección quirúrgica de craneosinostosis
Antecedentes familiares	No referidos
Enfermedad o problema actual	Pcte acude asintomática para cirugía programada de craneosinostosis
Revisión actual de órganos y sistemas	Órganos de los sentidos, respiratorio, cardiovascular, digestivo, genital, urinario, músculo esquelético, endocrino, hemo linfático nervioso SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA
Signos vitales y mediciones	FC= 123 FR=31 TEMPERATURA AXILAR =37.1°C P= 10kg
Examen físico	Buenas condiciones generales, pcte con fascies sindrómica denota asimetría facial, prominencia nasal, aparente ausencia de respuesta a sonidos cráneo asimetría craneal.

Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> * Craneosinostosis * Retraso psicomotor <ul style="list-style-type: none"> * Trastorno del neurodesarrollo * Distonía
Plan de tratamiento	<p>QUIRÚRGICO</p> <p>Descripción de la operación</p> <p>Hallazgos: deformidad craneal por sinostosis pterional bilateral.</p> <p>Procedimiento 1:</p> <p>Incisión arciforme fronto parieto temporal derecha</p> <p>Colgajo de concavidad inferior</p> <p>Dissección de escalpe con monopolar</p> <p>Periosteotomía craniectomía de las suturas coronal y pterional derecha</p> <p>Liberación de segmento inferior</p> <p>Síntesis de periostio con puntos sueltos</p> <p>Síntesis de escalpe por planos sin drenaje</p> <p>Procedimiento 2:</p> <p>Realización idéntica a la izquierda como en el procedimiento inicial</p> <p>Complicaciones : ninguna</p> <p>Sangrado : mínimo</p> <p>Procedimiento: craneotomía extensa por craneosinostosis de múltiples suturas, sin requerir injertos óseos</p>

Fuente: Hospital de los Valles

Elaborado por: Almeida Villegas Geovanna Cristina

Tabla 8. Epicrisis	
Resumen del cuadro y evoluciones	Se realiza craniectomía múltiple suturas bilateral sin complicaciones paciente tolera progresivamente la alimentación, con buena tolerancia durante su hospitalización valorada por genética por su dimorfismo facial, se solicita cariotipo después de 8 días terminada la antibioticoterapia, se realiza TC revelando sinusitis maxilar, se solicita ORL para investigación de déficit auditivo.
Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos	TC CEREBRAL : Fontanelas cerradas BRAQUIOCEFALIA LEUCO:10600 NEUTRO;38,6% HB: 9,0 PLT: 466000 QS: Normal electrolitos TP: 13,8” TTP:36,8” RX TORAX: Discreto infiltrado acinar basal izquierdo TC SPN : engrosamiento mucoso de los antros maxilares y celdillas etmoidales en relación con el proceso infeccioso, septum nasal desviado en silla, cornetes nasales izquierdos prominentes, tejido adenoide de tamaño máximo normal.
Resumen de tratamiento y procedimientos terapéuticos	Hidratación IV Metamizol

	<p>Cefazolina por 3 días</p> <p>Acetaminofén</p> <p>INDICACIONES DE ALTA :</p> <p>Amoxicilina + ácido clavulánico por 14 días</p>
Diagnóstico de ingreso	<p>Craneosinostosis</p> <p>Trastorno del neurodesarrollo</p> <p>Retraso psicomotor</p>
Diagnóstico de egreso	<p>Craneosinostosis +craniectomía multisurural bilateral</p> <p>Sinusitis maxilar</p> <p>Trastorno de tono y postura</p> <p>Síndrome dismórfico</p> <p>Retraso del desarrollo psicomotor</p>
Condiciones de egreso y pronóstico	Paciente al momento en condiciones estables
Especialidad	<p>Pediatra genetista</p> <p>Neuropediatra</p> <p>Neurocirujano</p> <p>Otorrinolaringólogo</p>

Fuente: Hospital de los Valles

Elaborado por: Almeida Villegas Geovanna Cristina

Tabla 9. Historia Clínica – Universidad Técnica de Ambato	
Motivo de consulta	Paraparecia y asimetría y descoordinación en miembros inferiores y superiores en el área motriz
Anamnesis	Madre de 34 años de edad no refiere complicaciones durante el embarazo, la niña nace a término mediante cesaría, presentándose una complicación por lo que nace cianótica. Madre indica que a los seis meses la niña no se sienta, ni camina por lo que acude al pediatra y es diagnosticada con retraso psicomotor grave, debiéndose realizar exámenes complementarios para descartar anomalía cromosómica. Al 1 año y 6 meses fue intervenida quirúrgicamente.
Antecedentes personales	Problemas respiratorios frecuentes
Antecedentes familiares	Tía paterna y prima lejana con antecedentes de discapacidad

Fuente: Centro diurno de cuidado y desarrollo para personas con discapacidad de la Universidad Técnica de Ambato

Elaborado por: Almeida Villegas Geovanna Cristina

Tabla 10. Valoración Psicomotriz					
Control cefálico 75%	Posición sedente 50%	Posición cuadrúpeda 0%	Gateo 0%	Bipedestación 0%	Marcha 0%
Test Postural	<p>Vista anterior en decúbito supino: se observa movimientos descoordinados en la cintura lumbopélvica, posición asimétrica del cuello.</p> <p>Vista posterior decúbito prono: la niña no tolera esta posición hay movimientos descoordinados en la cintura lumbopélvica.</p>				
Test Muscular	Distonía muscular acentuada más en la cintura lumbopélvica				
Test Goniométrico	Movilidad articular pasiva con arco completo de movimiento				
Impresión Diagnóstica	<p>Craneosinostosis</p> <p>Paraparecia</p> <p>Retraso del desarrollo psicomotor</p>				
Plan de Tratamiento	<p>Técnica de desbloqueo a nivel articulaciones mayores</p> <p>Técnica de Bobath</p> <p>Técnica de aptitud postural</p> <p>Remisión a estimulación temprana cognitiva</p> <p>Remisión regular a neurología</p>				

Fuente: Centro diurno de cuidado y desarrollo para personas con discapacidad de la Universidad Técnica de Ambato

Elaborado por: Almeida Villegas Geovanna Cristina

Evolución de la paciente en las diferentes casas de salud

En el Hospital del IESS Ambato la evolución de la paciente fue desfavorable debido a que no acude a consulta con un especialista para la sintomatología que presentó la paciente (retraso motor), a la edad de 6 meses. Es remitida al área de rehabilitación, sin embargo no hubo continuidad en la terapia aplicada a la paciente pues acudió una sola vez.

Posteriormente, asiste al Hospital de los Valles de la ciudad de Quito a la edad de 1 año y 6 meses, para ser intervenida quirúrgicamente de craneosinostosis de tipo braquicefalia. La evolución en esta casa de salud fue favorable porque se cumplieron con los protocolos de atención y aplicación de los medicamentos durante todo el proceso de hospitalización; no obstante por factores económicos no se cumplieron con los exámenes solicitados por el médico para descartar patologías secundarias causadas por la craneosinostosis antes del alta. Además, la paciente no vuelve a consulta con el médico especialista para continuar con el tratamiento postoperatorio debido a la dificultad para trasladarse de una ciudad a otra.

Finalmente, concurre al Centro diurno de cuidado y desarrollo para personas con discapacidad de la Universidad Técnica de Ambato y convenio del MIES, UTA, ESPOCH, a la edad de 3 años presentando un retraso motor grave debido que no hubo secuencia en la aplicación de la terapia desde que fue intervenida quirúrgicamente. Actualmente la evolución de la paciente es favorable, pues recibe tratamiento con el equipo multidisciplinario del centro en mención, evidenciándose logros en la área motora y mejoramiento en la calidad de vida de la paciente.

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Según la OMS, un factor de riesgo es cualquier rasgo, particularidad o manifestación de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión los factores de riesgo pueden presentarse antes de la concepción, durante la gestación, en el momento del parto y en el desarrollo y evolución del individuo ⁽⁵⁾.

Factores de riesgo biológicos

En los factores biológicos más importantes esta la craneosinostosis que es el cierre prematuro parcial o total de las suturas del cráneo, la etiología es desconocida pero muchos autores le asocian que se da en el periodo prenatal a consecuencia de una mala posición del feto, compresión fetal, factores genéticos, hereditarios ⁽⁶⁾.

Además los padres no son consanguíneos es un factor biológico muy importante debido a que los glóbulos rojos de algunos individuos poseen un componente análogo a un componente sanguíneo del mono Rhesus, (la mayoría de la población alrededor del 85% tiene el factor Rhesus), en la actualidad encontramos que la mayoría de las personas tienen un Rh positivo que pueden casarse y tener hijos con normalidad. Pero si un hombre tiene un factor Rh positivo se casa con una mujer Rh negativo y la mujer queda embarazada, el factor Rh del feto heredado por su padre provoca una reacción antagonista en la madre, de modo que las sustancias formadas comenzaran a circular en la sangre del feto, causando la destrucción de los glóbulos rojos por lo que el niño puede nacer muerto o con anemias, ictericias graves, malformaciones congénitas como la craneosinostosis etc. Pero esto no siempre se presenta en el primer embarazo si no se hace presente en los embarazos posteriores es el riesgo es mayor ⁽⁷⁾.

La compresión fetal es un factor biológico de mucha importancia debido a las alteraciones por presiones tanto internas como externas, en el útero grávido o por los trastornos en el desarrollo y la posición que se encuentra el feto durante todo el embarazo, la compresión fetal sería una de las causa principales para que se desencadene la craneosinostosis ⁽⁸⁾.

Factores de riesgo ambientales

Los factores ambientales encontramos la situación laboral tanto de la madre como del padre; la madre trabaja en un salón de belleza y durante todo el período de gestación estuvo expuesta a sustancias químicas propias de la profesión tales como: tintes para el cabello su composición química es amoníaco, peróxido de hidrogeno, parafenilenediamina, amino fenoles, agua, jabón, acetato de amonio, etc.; acetona y esmaltes para uñas que están compuestas por acetato de etilo, etanol, agua y glicerina. Estas sustancias, pueden afectar al desarrollo del feto y provocar malformaciones por su inhalación, dermatitis irritativa o alérgica e incluso afectar al sistema respiratorio, a otros órganos según Leandro Martínez, responsable de la Unidad Láser de Dermatología del Hospital Regional Carlos Haya de Málaga quien ha declarado que pueden ser perjudiciales tanto para el profesional como para sus clientes.

Asimismo, el padre trabaja en una carrocería como pintor, por lo cual estuvo expuesto a sustancias tóxicas compuestas por cromo, cadmio, plomo, que son causantes de alteraciones cromosómicas, malformaciones genéticas en el feto, alteraciones respiratorias y dérmicas⁽⁹⁾, que pudieron afectar en el momento de la concepción.

Factor de riesgo psicológico

Depresión

La depresión durante el embarazo puede ser causada por una amplia cantidad de factores. Se puede culpar a las hormonas, pero existen otros factores que pueden afectar el humor de una mujer durante todo el transcurso de su embarazo. Los principales factores de riesgo de depresión durante el embarazo:

- Poseer antecedentes personales o familiares de depresión.
- Estar pasando por un embarazo no deseado o no planificado.
- Tener que enfrentar problemas maritales o financieros.
- Atravesar por cambios significativos en la forma de vida, como por ejemplo: la muerte de un pariente o el hecho de cambiar de empleo.
- Experimentar problemas médicos o complicaciones con el embarazo.
- Sufrir la pérdida de un embarazo previo.

En los factores psicológicos tenemos como antecedente que la madre pierde a un bebe de 4 meses debiendo practicar a la madre un legrado para extraer el feto muerto, a consecuencia del legrado practicado el útero, queda alterado debido al raspado para extraer todos los restos del feto, luego de eso la madre entra en un proceso de depresión por la pérdida de su bebe ⁽¹⁰⁾.

El embarazo puede, causar o desencadenar el inicio de la depresión en algunas mujeres. Esto puede ser debido a los cambios hormonales durante el embarazo y el estrés que conlleva un embarazo, teniendo en cuenta el antecedente de la pérdida de un bebe más aún si el entorno en que se produce la gestación no es bueno. Por lo que en el periodo de gestación puede presentarse algunas complicaciones, y alterar el balance emocional tanto de la madre y de los seres que la rodean.

La depresión que no se trata, puede causar problemas para cuidar de sí misma durante el embarazo. Por ejemplo, tal vez no ingiera alimentos sanos y no aumente el peso suficiente. Es posible que omita las visitas de cuidado prenatal o que no siga las instrucciones de su profesional de la salud. Si la mujer que está embarazada tiene depresión, esta puede afectar al feto, dando como resultado un parto de alto riesgo, prematuro o aborto, Bebé de pesa menos de 5 libras, 8 onzas. Así como determinados problemas en el desarrollo físico y cognitivo del bebé, como bajo peso o retraso en el lenguaje, motor entre otros ⁽¹¹⁾.

Factor de riesgo social

En el ámbito económico puede ser causa de muchas complicaciones en la vida de la madre durante el periodo de prenatal, la madre por las situación económica, no acude a los controles prenatales respectivos para descartar factores de riesgo complicaciones en el embarazo, en el periodo posnatal por la falta de dinero madre no realiza los controles respectivos a la recién nacida para descartar patologías.

Factor de riesgo ligado al estilo de vida

En el periodo de gestación la alimentación es muy importante debido que la madre debe alimentarse por dos, pero esto no significa que va a comer cantidades exageradas.

La madre es la única responsable de la nutrición del feto para que se desarrolle sano y sin complicaciones.

La nutrición de la madre debe alimentarse con alimentos que le aporten, la cantidad necesaria de nutrientes como por ejemplo: frutas, legumbres, verduras, lácteos siempre y cuando sea la cantidad adecuada y el horario correcto ⁽¹²⁾.

En este caso la alimentación de la madre no es la adecuada debido a que ella trabaja en un salón de belleza y no tiene un horario establecido para ingerir las comidas y alimentos necesarios para tener un embarazo sin complicaciones y evitar enfermedades futuras tanto en la madre como en la recién nacida.

ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

Después del parto la recién nacida no presentó ninguna complicación, por lo que fue dada de alta conjuntamente con su madre, quien recibió indicaciones de los controles que se debían realizar a la recién nacida.

Oportunidades en la solicitud de la consulta: Oportuna, sin mayor percance. La cultura de la paciente se respetó y no se produjo dilema moral durante la estancia hospitalaria y en consulta externa de la paciente. A los 6 meses de edad la madre le lleva a consulta a pediatría en el Hospital del IESS Ambato, donde la atención es de buena calidad, el médico que la atiende le manda a realizar una serie de exámenes para poder emitir un diagnóstico los mismos que fueron realizados oportunamente y dando un resultado normal y otros que estaban en espera para descartar anomalías cromosómicas pero la madre por situación económica no vuelve a consulta de pediatría con la paciente por tal motivo no es remitida a un centro de especialidades.

Características de la atención: El manejo de la paciente en el Hospital de los Valles de la ciudad de Quito es excelente; es intervenida quirúrgicamente por un grupo multidisciplinario con la finalidad de obtener un manejo integral; la cirugía fue todo un éxito. Los médicos dieron las indicaciones post operatorias a los familiares de la niña para seguir en su tratamiento pero por falta de recursos económicos la madre no cumple con las indicaciones.

Luego acude a la Universidad Técnica de Ambato donde la paciente recibe tratamiento tanto en las áreas de terapia física, estimulación temprana, cuidados de forma general. En este lugar, les brindan bienestar y armonía a los niños recibiendo una atención de calidad.

Trámites administrativos: Los trámites administrativos fueron oportunos sin mayor complicación de acuerdo a las necesidades económicas de la familia de la paciente en cuanto a agendar citas y tramitar exámenes.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

Se entiende como punto crítico momentos o situaciones difíciles comprometidas en la vida y desarrollo de la persona por lo que es preciso hacer algo para que se produzca una inflexión necesaria en el desarrollo de los acontecimientos evitando el origen de diversas patologías⁽¹³⁾. Por lo antes mencionado, se ha identificado dentro del presente análisis los siguientes puntos críticos, que serán base para el plan de mejora:

Puntos críticos relacionados con la craneosinostosis

- Incumplimiento de controles prenatales y posnatales
- Padres no consanguíneos
- Craneotomía tardía (craneosinostosis – braquicefalia)

Puntos críticos relacionados con la distonía

- Falta de tratamiento farmacológico para la distonía
- Terapia de neurorehabilitación tardía
- Ausencia de seguimiento por parte de un especialista
- Recursos económicos bajos

Descripción de los puntos críticos

- **Incumplimiento de controles prenatales y posnatales**

La atención prenatal se debe iniciar desde el momento en que la madre sospecha la gestación, para garantizar el desarrollo normal del feto y el estado de salud de la madre sea el óptimo durante todo su embarazo. La atención prenatal es una serie de visitas programadas de la embarazada con el médico que la está atendiendo con el fin

de identificar los factores de riesgo durante todo el embarazo, brindarle un tratamiento adecuado y oportuno para el bienestar tanto de la madre como del feto⁽¹⁴⁾.

Controles prenatales Semanas del Embarazo

1^{er} Control (Inscripción) En las primeras 12 semanas de gestación

2^o Control Entre las 16-18 semanas

3er Control Entre las 26-28 semanas

4^o Control Entre las 32-34 semanas

5^o Control A las 38 semanas

Factores de riesgo potenciales

- Talla baja (menor de 1.50 metros)
- Antecedentes familiares
- Trabajo con predominio físico (excesiva carga horaria, exposición a agentes físicos-químicos-biológicos, stress)

Durante el embarazo hay que tener en cuenta

- Antecedentes de Aborto diferido y muerte fetal.
- Anemia.
- Infección de Vías Urinarias.
- Poca o excesiva ganancia de peso.
- RH negativo.

Tabla 11. Protocolo de atención prenatal
Pregunta por la edad de la embarazada.
Evalúa edad gestacional.
Evalúa el peso.
Grafica el peso en la historia clínica.
Grafica el peso en el carné perinatal.
Toma y/o verifica la presión arterial.
Mide la altura del fondo uterino.

Evalúa la frecuencia cardíaca fetal.
 Evalúa sangrado vaginal.
 Evalúa contracciones uterinas.
 Evalúa edema en miembros inferiores.
 Evalúa movimientos fetales.
 Solicita hemoglobina.
 Solicita glicemia.
 Solicita prueba para VIH.
 Pregunta si la embarazada consume tabletas de hierro.
 Verificar vacuna antitetánica.
 Promover lactancia materna.
 Orientar sobre signos de peligro en el embarazo

Fuente: Ministerio de salud –Hospital Municipal de Ambato

Elaborado por: Almeida Villegas Geovanna Cristina

En el momento del parto ya sea este por cesaría o por parto normal se debería contar con un grupo de salud interdisciplinario para atender a la madre y al recién nacido si se presenta alguna complicación, después que el niño se desprende de la madre el personal de salud debe hacer un examen físico general del recién nacido, con el fin de valorar el estado general y detectar cualquier anomalía de forma temprana que pueden poner en peligro la vida del recién nacido, la exploración consta de:

Tabla 12. Protocolo de atención durante el parto del recién nacido
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la respiración, de la FC. • Cabeza: buscar lesiones secundarias al nacimiento (fracturas, heridas, etc.), cabalgamiento de suturas, tamaño de las fontanelas. • Tórax: buscar asimetría o deformación. Verificar por auscultación la entrada de aire en ambos campos pulmonares, o de ruidos extraños. • Abdomen: morfología (distendido, excavado). El hígado se palpa habitualmente a 1 a 2 cm bajo el reborde costal derecho. Bazo de tamaño normal (hasta 1 cm) se podrá palpar durante la primera semana de vida. Determinar la presencia de tumoraciones o crecimientos anormales de otras vísceras.

- Cordón umbilical: verificar que no haya sangrado.
 - Genitales: observar de acuerdo a sexo y edad, permeabilidad, malformaciones.
 - Extremidades: tono, movilidad, pulsos femorales, fracturas.
 - Actividad, Tono y postura: El RN normal tiene brazos y piernas en semi flexión, los dedos de las manos flexionados sobre el pulgar, con el puño apretado, realizando en esta posición movimientos de flexo- extensión.
 - Malformaciones Congénitas: Debe hacerse una revisión general de la cabeza a los pies para buscar defectos tales como: anencefalia, microcefalia, hidrocefalia, craneosinostosis mielomeningocele, labio y paladar hendido, dismorfias, alteraciones del pabellón, implantación baja de éstos, falta de conductos auditivos externos (atresia), cataratas, pie zambo(equino) etc.
- Evaluar el APGAR al primer minuto (color, frecuencia cardiaca, irritabilidad refleja, tono, muscular y respiración) Anexo 3.

Fuente: Ministerio de salud –Hospital Municipal de Ambato

Elaborado por: Almeida Villegas Geovanna Cristina

La atención posnatal del niño empieza cuando la madre y el recién nacido son dados de alta de la casa de salud, el médico que atendió el parto indicará a la madre los debidos cuidados y controles que le debe realizar al recién nacido en una casa de salud más cercana a su domicilio con el objetivo de tener un control adecuado del desarrollo y evolución del recién nacido, y si presenta algún síntoma de alarma, será remitido a una casa de salud para que sea evaluado por especialistas y el diagnostico sea el correcto y el tratamiento óptimo para el desarrollo del recién nacido⁽¹⁴⁾.

Tabla 13. Protocolos de atención posnatal
Valoración integral
Control de peso
Control de talla
Control del perímetro cefálico
Administrar vacunas específicas
Alimentación
Identificación de los factores de riesgo

Fuente: Ministerio de salud –Hospital Municipal de Ambato

Elaborado por: Almeida Villegas Geovanna Cristina

- **Padres no consanguíneos**

Si la madre se realiza la prueba de embarazo y sale positiva, lo primero que debe realizarse es el análisis de sangre, es un examen básico para determinar qué tipo de sangre es y cuál es su factor Rh, ya que el factor Rh desempeñará un papel muy importante en la salud de la madre y del feto. Esta información es relevante para evitar complicaciones durante el desarrollo fetal ⁽¹⁵⁾.

Según el tipo de sangre, cada persona tiene proteínas específicas en la superficie de los glóbulos rojos por tanto existen cuatro grupos sanguíneos que son: A, B, AB y O. La presencia de antígeno en los glóbulos rojos va a determinar el factor Rh en cada individuo, si una persona tiene determinada proteína será Rh positivo si por lo contrario no la tiene es un individuo con factor Rh negativo. La mayoría de gente (el 85%) es Rh positivo, pero cuando una mujer Rh negativo y un hombre Rh positivo conciben un hijo, existe la posibilidad de que el feto tenga complicaciones en su desarrollo prenatal. Es posible que el feto que está formándose dentro de la madre que es Rh negativo tenga sangre Rh positivo que heredó del padre, provocando en el feto: malformaciones congénitas, anemias graves, ictericias y puede hasta provocar la muerte temprana del feto en formación.

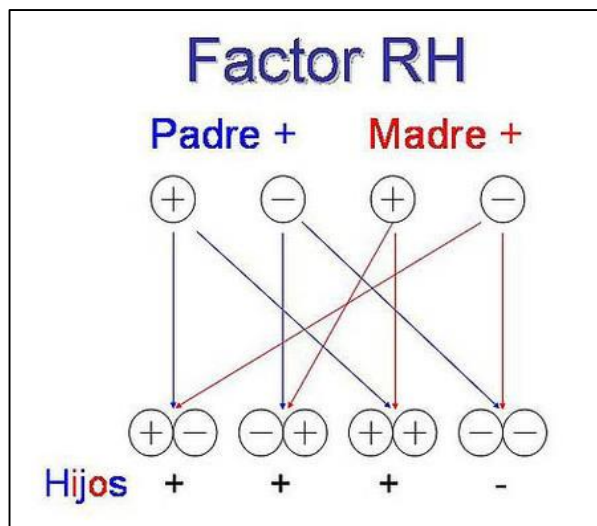


Gráfico 1. Factor RH

Fuente: Libro de histología

El factor Rh no siempre va a causar complicaciones en el primer embarazo, las alteraciones del factor Rh se hará presente en los próximos embarazos que la madre tenga ⁽¹⁶⁾.

- **Craneotomía tardía (craneosinostosis – braquicefalia)**

El cráneo infantil normal es ovalado y más ancho posteriormente, Los huesos membranosos craneales (frontal, parietal, temporal y occipital) están desarrollados hacia el quinto mes de vida intrauterina y se unen entre sí por tejido conectivo en la sutura sagital, coronal, metópica, lambdoidea y escamosa. Este ajuste facilita que la cabeza del bebé pase por el canal del parto y además permite que el cráneo crezca con el cerebro en la infancia temprana ⁽¹⁷⁾.

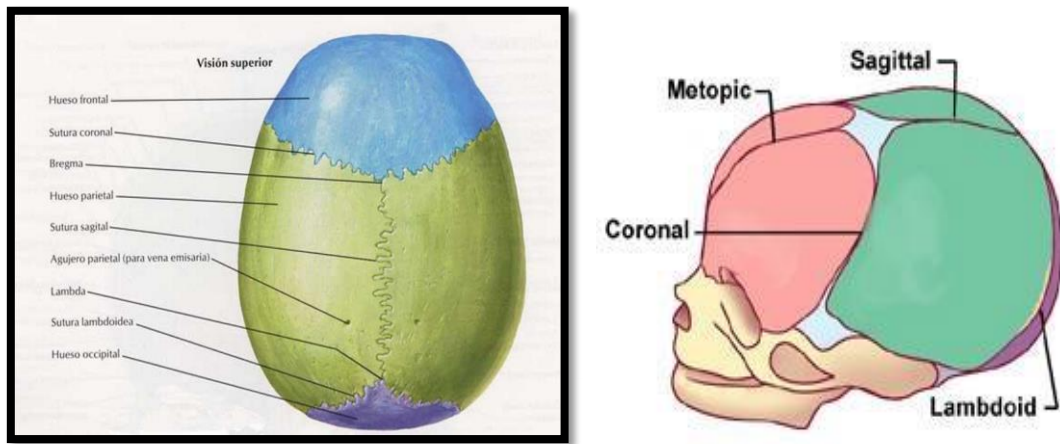


Gráfico 2. Desarrollo normal de las suturas

Fuente: libro de Neurocirugía

La craneosinostosis es el cierre prematuro parcial o total de las suturas del cráneo, que las causas son de etiología desconocida pero muchos autores le asociación a complicaciones intrauterinas como puede ser la mala postura del feto en el vientre, la compresión fetal, anomalías cromosómicas y en raros casos que es hereditaria ⁽¹⁸⁾.

La craneosinostosis en este caso es de tipo braquicefalia que solo está afectado la sutura coronal, el tratamiento de la craneosinostosis es quirúrgica lo más temprana posible, a los dos meses es la edad ideal para realizar la craneotomía para que el desarrollo de la paciente sea bueno y no tengas complicaciones durante todo el

desarrollo de su vida, pero cuando la craneotomía es tardía en este caso se le intervino quirúrgicamente a la paciente al año y seis meses de edad, por ser una cirugía tardía la paciente presenta varias complicaciones como: retraso psicomotor (disonía muscular de la región lumbopélvica) retraso intelectual, escasa visión, hipoacusia⁽¹⁹⁾.



Gráfico 3. Craneosinostosis braquicefalia

Fuente: libro malformaciones congénitas

El diagnóstico de craneosinostosis está fundamentado por los hallazgos al examen físico⁽¹⁸⁾, además se puede realizar con:

- Palpación de alguna prominencia ósea sobre la sutura sospechada.
- Medir el perímetro cefálico
- La presión firme pero gentil con los pulgares, intentando desplazar los huesos hacia los lados de la sutura.
- Radiografía de cráneo
- Falta de translucidez en el centro de la sutura.
- Evidencia la fusión de la o las suturas y manifestaciones de hipertensión endocraneana.
- TC scan: útil para delimitar el contorno craneal, podría demostrar engrosamiento y/o abultamiento en los sitios de la sinostosis, Evidencia de hidrocefalia, Puede mostrar aumento del espacio frontal subaracnoideo
- TC en tres dimensiones, útil para la mejor visualización de anomalías.
- En casos dudosos, se podría llevar a cabo una gammagrafía ósea con tecnecio.

- **Falta de tratamiento farmacológico para la distonía**

La distonía son movimientos involuntarios permanentes de los músculos, debido a una alteración del sistema nervioso. La distonía puede clasificarse focal o multifocal, focal afecta a un grupo muscular, multifocal este afecta a un grupo o varios grupos musculares. En este caso clínico están afectados los músculos de la cintura lumbopélvica⁽²⁰⁾.

Tratamiento para la Distonía

El tratamiento para la distonía en general no es muy satisfactorio, pero en los casos más leves se utiliza los relajantes musculares los mismos que son derivados del diazepam, los anticolinérgicos que estos se utilizan en dosis muy altas, los anti convulsionantes como por ejemplo carbamacepina o el gabaérgicos como el baclofeno, estos medicamentos son necesarios para la distonía causada por la craneosinostosis pero en este caso no son administrados por la economía baja de la familia⁽²¹⁾.

- **Terapia de neurorehabilitación pediátrica tardía**

Terapia de neurorehabilitación es el conjunto de métodos y técnicas aplicadas en pediatría con un grupo interdisciplinario para la evaluación y tratamiento de las deficiencias y patologías que presentan los niños en este caso la paciente presenta distonía en la región lumbopélvica como secuela de la craneosinostosis que no fue intervenida a temprana edad y la misma que tubo complicaciones provocando retraso psicomotor, intelectual, déficit visual y auditivo⁽²²⁾.

La terapia debe ser oportuna para lograr corregir las deficiencias causadas por la craneosinostosis, en la área de rehabilitación se debe realizar una historia clínica de la paciente y la debida evaluación de la misma, para dar un tratamiento de acuerdo a las deficiencias que la misma presenta. La evaluación debe ser lo más minuciosa si dejar pasar nada.

El tratamiento debe tener objetivos a alcanzar tanto en corto, mediano y a largo plazo, para lograr un adecuado tratamiento en los diferentes objetivos se debe evaluar nuevamente a la paciente para saber si el tratamiento está dando resultado o no, o cambiar de técnicas o estrategias para alcanzar el objetivo planteado.

- **Ausencia de seguimiento por parte de un especialista**

A un recién nacido se le debe realizar en examen físico general para descartar signos de alarma, si después de la valoración se encuentran alteraciones en el recién nacido debe ser remitido a pediatría para la valoración correspondiente y realizar los exámenes correspondientes para descartar o afirmar patologías ⁽²³⁾.

Si en el recién nacido se encuentran patologías de alto riesgo se le remite a un tratante de acuerdo a la patología que presenta, el mismo que le evaluara nuevamente y emitirá pedidos de exámenes específicos para diagnosticar la patología sospechada, después de los exámenes confirmando la patología el deberá dar un tratamiento de acuerdo a las necesidades que presenta el paciente, y el mismo que debe seguir controlando la evolución de la paciente hasta cuando este mejore de salud y pueda darle el alta definitiva ⁽²⁴⁾.

- **Recursos económicos bajos**

En el aspecto económico involucra la presencia de una serie de barreras en la vida de la paciente y de los familiares, especialmente en la etapa de los controles de la salud de la paciente, debido a los recursos económicos de la familia no cumplen con los controles con el especialista, los exámenes que requieren para una nueva valoración del estado de salud de la paciente, ni de la administración de medicamentos que ella necesita para recuperarse de mejor manera. Debido a que los medicamentos que ella necesita son costosos, la familia no dispone de una economía buena por tal motivo actualmente la paciente no recibe ningún tratamiento farmacológico ni del seguimiento de su enfermedad por parte de un especialista.

Ley de maternidad gratuita ⁽²⁵⁾

Art.1.- (Sustituido por el Art. 2 de la Ley 129, R.O. 381, 10-VIII-98 y reformado por el Art.1 de la Ley 2005-14, R.O. 136, 31-X-2005).-

Toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de Calidad durante su embarazo, parto y post-parto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos-nacidas y niños-niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.

Art.2.- (Sustituido por el Art. 3 de la Ley 129, R.O. 381, 10-VIII-98).-La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad en las siguientes prestaciones:

a) Maternidad: Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y, en las enfermedades retransmisión sexual los esquemas básicos de tratamiento (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio.

Emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemia, hemorragias y sepsis del embarazo, parto y post-parto, así como la dotación de sangre y hemo derivados.

Dentro de los programas de salud sexual y reproductiva se cubre la detección oportuna de cáncer cérvico uterino y el acceso a métodos de regulación de la fecundidad, todos ellos según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública; y,

b) Recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de 5 años de edad: Se asegura la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad a los recién nacidos o nacidas y sanos o sanas, prematuros-prematuros de bajo peso, y/o con patologías (asfixia perinatal, ictericia, sufrimiento fetal y sepsis), a los niños o niñas menores de 5 años en las enfermedades comprendidas en la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y, sus complicaciones todo ello según normas vigentes del Ministerio de Salud pública.

CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla 14. Oportunidades de mejora		
PUNTO CRÍTICO	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
Incumplimiento de controles prenatales y posnatales	Cumplimiento de los controles prenatales y posnatales que son necesarios para identificar factores de riesgo en la madre y en el feto	Asistir a los controles prenatales y posnatales en los diferentes meses de gestación y después del parto para llevar un control de la recién nacida
Padres no consanguíneos	Planificación del embarazo con los respectivos controles prenatales	Realizar un examen del grupo sanguíneo y del factor Rh de los padres para evitar malformaciones en el feto.
Craneotomía tardía (craneosinostosis – braquicefalia)	Valoración integral del bebé desde el momento del parto, y en todo el desarrollo del bebé	Cumplir con todos los protocolos prenatales y posnatales
Falta de tratamiento farmacológico para la distonía	Implementación de farmacoterapia para la mejorar la sintomatología de la distonía	Dar a conocer la farmacoterapia para la distonía y fomentar la visita a casas de salud, para realizar chequeos médicos oportunos con el fin de evitar complicaciones.

Terapia de neurorehabilitación tardía	Valoración integral del paciente, analizando sus antecedentes patológicos personales.	Plantear protocolos de atención, control añadiendo exámenes complementarios para la obtención de un diagnóstico acertado. seguimiento de la enfermedad
Ausencia de seguimiento por parte de un especialista	Remisión a un Profesional de Salud especialista en Enfermedades del cráneo, una vez que el paciente presento los primeros síntomas de craneosinostosis.	Equipar los hospitales con profesionales especialistas en cada área de servicio y cumplir con los protocolos de atención en los diferentes niveles de atención de salud.
Recursos económicos bajos	Presentarse a un centro de salud gratuito para los controles durante el embarazo, parto y crecimiento de la recién nacida.	Dar cumplimiento a la ley de maternidad gratuita según la Constitución del Ecuador

PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Paciente de 4 años y 5 meses de edad se realiza la evaluación fisioterapéutica en el área motora con el objetivo de encontrar las deficiencias y dar un tratamiento con objetivos a corto, mediano y a largo plazo, la evaluación será aplica tanto a corto, mediano y largo plazo para ver si el tratamiento está dando resultados o hay que cambiar de métodos o técnicas para tener resultados satisfactorios.

FUNCIONES SOCIALES		FUNCIONES INDIVIDUALES
Factores Contextuales		Actividades
Internos		<ul style="list-style-type: none"> • Tiene control cefálico • Hace transiciones de supino a prono • Una vez colocado en posición sedente mantiene esta posición Escucha • Adopta posición bípeda • Manipula objetos con sus dos manos
Facilitadores	Barreras	
<ul style="list-style-type: none"> • Tranquila 	<ul style="list-style-type: none"> • Movimientos bruscos involuntarios • No juega • No interactúa con el examinador • Usa pañal 	

Externos		Limitaciones
Facilitadores	Barreras	<ul style="list-style-type: none"> • No habla palabras sueltas • No se mantiene en posición cuadrúpeda • No mantiene la posición bípeda • No puede levantar sus brazos en la posición sedente sin caerse. • No hace carga activa de en miembros inferiores • No tiene control visual • Hipoacusia
<ul style="list-style-type: none"> • Núcleo familiar estable • Tiene una hermana mayor 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos económicos bajos • No tiene aditamentos correctos • Le traslada en los brazos de la madre 	
Participación	Restricciones	
<ul style="list-style-type: none"> • Nula 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación • Autocuidado, higiene, vestido • No juega 	

Elaborado por: Almeida Villegas Geovanna Cristina

Tabla 16. Valoración en decúbitos	
Supino	Motivo
<ul style="list-style-type: none"> • Extensión de cuello rotado hacia el lado derecho • Hombros elevados y protruidos • Hombro derecho en rotación externa, flexión de codo, pronación de antebrazo y dedos en flexión • Base de soporte en tronco y borde externo de sus miembros inferiores • Cadera en abducción, rotación externa, flexión de rodillas, pies en plantiflexión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de coactivación de músculos flexores y extensores de cuello • Falta de activación de músculos concéntrica y excéntrica de los músculos de la escápula • Acortamiento de pectorales y trapecio superior; • Falta de control activo selectivo y aislado de su miembro superior derecho. • Retracción del dorsal ancho, bíceps braquial, pronador cuadrado, flexores de muñeca (palmar mayor, cubital anterior) y músculos intrínsecos de la mano. • Falta de control activo de tronco con coactivación de músculos flexores y extensores. • Falta de control activo y selectivo de miembros inferiores (cadera, rodilla y pies). • Retracción de psoas isquiotibiales, tensor de la fascia lata y tríceps sural.
Prono	Motivo
<ul style="list-style-type: none"> • Adopta esta posición iniciándola por su cabeza, rola sobre su lado izquierdo. • Mantiene su cabeza apoyada sobre su brazo izquierdo rotada a la izquierda • Cuando está en esta posición su carga de peso está en su lado derecho, sobre su brazo que permanece flexionado, y en su pierna derecha que se encuentra extendida • Pelvis elevada • Cadera en flexión, abducción, rotación externa, flexión de rodillas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de control activo de entre cintura escapular y cintura pélvica. • Falta de control selectivo en tronco. • Falta de coactivación de músculos del cuello. • Falta de control activo selectivo y aislado de su miembro superior derecho • Falta de coactivación de flexores y extensores de tronco • Falta de activación de músculos extensores de cadera (glúteo mayor) • Falta de control activo de miembro inferiores y de activación de musculatura extensora

Sentado largo	Motivo
<ul style="list-style-type: none"> • Cifosis • Retroversión de la pelvis 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de activación de músculos flexores y extensores de tronco • Falta de coactivación de abdominales y paravertebrales; retracción de isquiotibiales; falta de control dinámico de la pelvis para establecer una base de soporte estable.
Sedente corto	Motivo
<ul style="list-style-type: none"> • Cifosis • Retroversión de la pelvis • Cadera en flexión, rotación externa, abducción, rodillas en flexión, pies en eversión sin apoyo en el piso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de control activo de tronco con falta de activación de músculos flexores y extensores. • Falta de coactivación de abdominales y paravertebrales; retracción de isquiotibiales; falta de control dinámico de la pelvis para establecer una base de soporte estable. • Falta de control activo y selectivo de miembros inferiores
Bipedestación	Motivo
<ul style="list-style-type: none"> • Adopta la posición bípeda apoyado de sus brazos • Adopta la posición sin desplazarse hacia adelante y arriba • Cifosis • Una vez adquirida esta posición no la mantiene por sí solo, y sus rodillas las hiperextendidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de carga activa de peso en miembros inferiores • Falta de control dinámico en la pelvis • Falta de control activo de tronco , con falta de coactivación de músculos flexores y extensores • Falta de control activo de tronco con falta de activación de músculos flexores y extensores del tronco. • Falta de carga activa de peso en miembros inferiores • Falta de control activo de tronco, con coactivación de abdominales y paravertebrales.

Elaborado por: Almeida Villegas Geovanna Cristina

Tabla 17. Valoración por sistemas y áreas
<p>Sistema Neuromuscular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carece de control activo y selectivo de miembros inferiores • Control postural disminuido en tronco con falta de coactivación de músculos abdominales y paravertebrales. • Dificultad para realizar ajustes en posición sedente por falta de control dinámico de la pelvis • Falta de carga activa de peso en la posición bípeda • Carece de control activo selectivo de miembros superiores • Carece control activo y selectivo de la columna vertebral
<p>Sistema Músculo Esquelético</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retracción de músculos cuádriceps • Debilidad de glúteo mayor medio y menor, tibial anterior y posterior, cuádriceps, peróneos. • Debilidad de la musculatura de las extremidades superiores • Debilidad de la musculatura de los paravertebrales y de los abdominales
<p>Sistema Sensorial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visión: carece de seguimiento visual • Audición. Carece en seguir la fuente sonora • Táctil: carece de identificación de texturas • Propiocepción: sensación y conciencia disminuida de sus miembros inferiores • Vestibular: el niño al cambio de posiciones reacciona de forma tranquila • Percepción gustativa :carece de identificación de sabores • Percepción olfativa: carece de percepción de aromas
<p>Alimentación/ control oromotor</p> <ul style="list-style-type: none"> • No tiene buen control oro motor • No tiene control activo de la mandíbula • No tiene control activo de la lengua

<ul style="list-style-type: none"> • Aseo dependiente • Vestido dependiente • Tareas en el hogar carece
<p>Área de comunicación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carece de lenguaje expresivo verbal • Carece de lenguaje expresivo • Carece de comunicación alternativa • Las fuentes de comunicación es el llanto el gemido
<p>Área de las actividades de la vida diaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carece de orientación y de movilidad • Carece de dominio corporal • Tiene resistencia a las actividades físicas
<p>Habilidades sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carece de manejo de emociones su estado de ánimo y conducta son agresivos • Carece de interacciones personales • En proceso de adaptación a conductas adaptativas • Imagen de autoridad emergente • Integración a la comunidad es dependiente
<p>Área pre-vocacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carece de coordinación viso motora • Carece de destrezas manuales • Carece de habilidades de escritura o lectura • Carece de habilidades para utilizar materiales y herramientas

Área hábitos de trabajo

- Carece de actitud hacia las actividades
- Carece al ejecutar actividades
- No se integra al grupo de trabajo

Elaborado por: Almeida Villegas Geovanna Cristina

Plan de tratamiento fisioterapéutico

Objetivos a corto plazo

- Mejorar la coordinación y disociación del movimiento del sistema motor
- Desensibilizar miembros inferiores.
- Lograr la sedestación corta independiente.

Para el desarrollo del tratamiento es necesario el uso de ayudas técnicas, dependiendo del grado de afección, por lo cual utilizaremos diferentes instrumentos:

- Música infantil para estimular el sistema auditivo de la paciente
- Asiento, de acuerdo a su talla para un apoyo adecuado en el trabajo
- Pelota tipo Bobath para desarrollar diferentes técnicas que permitan el equilibrio y coordinación
- Colchoneta para facilitar el trabajo de la paciente en la aplicación de las diferentes técnicas
- Texturas para desarrollar métodos y técnicas de sensibilidad
- Rampa para aplicar la técnica de integración sensorial
- Espejo para estimular el sistema visual de la paciente
- Chinesco y videos infantiles para estimular el sistema auditivo de la paciente

Nota:

Para el desarrollo del plan de tratamiento fisioterapéutico se debe tener en cuenta el estado de salud de la paciente, ya que si no está en buenas condiciones no se debe forzar a realizar los diferentes ejercicios, además, se debe tener en cuenta las contraindicaciones que tiene cada ejercicio, método, técnica o terapia.

Ejecución del plan de tratamiento fisioterapéutico

- **Ejercicio de integración sensorial** ⁽²⁶⁾

En una rampa ubicada sobre una colchoneta, colocamos a la paciente en la posición decúbito supino con los pies descalzos, flexionamos los miembros inferiores y lo

colocamos entre las piernas del fisioterapeuta; los miembros superiores en extensión y en posición neutra el fisioterapeuta lo toma del antebrazo y lo integra todo el cuerpo de la paciente sin moverse y lo mantiene el mayor tiempo posible.

Dosificación:

Realizaremos 6 series de 10 minutos todos los días de la semana



Gráfico 4. Técnica de integración sensorial
Elaborado por: Cristina Geovanna Almeida Villegas

- **Ejercicio de fortalecimiento para la musculatura paravertebral y de miembros inferiores**

En una colchoneta o en la pelota de tipo Bobath, con la paciente en posición decúbito prono y estabilizando sus miembros inferiores, iremos estimulando la musculatura paravertebral, con el fin que la paciente realice por sí mismo la extensión del tronco.

Dosificación:

Realizaremos 5 series de 10 repeticiones, 2 veces por semana



Gráfico 5. Fortalecimiento de la musculatura paravertebral
Elaborado por: Cristina Geovanna Almeida Villegas

- **Ejercicio de fortalecimiento para la musculatura abdominal y de miembros inferiores**

En la pelota de tipo Bobath, con la paciente en posición decúbito supino y estabilizando sus miembros inferiores, iremos estimulando la musculatura abdominal, con el fin que la paciente realice por sí mismo flexión del tronco.

Dosificación:

Realizaremos 5 series de 10 repeticiones, 2 veces por semana

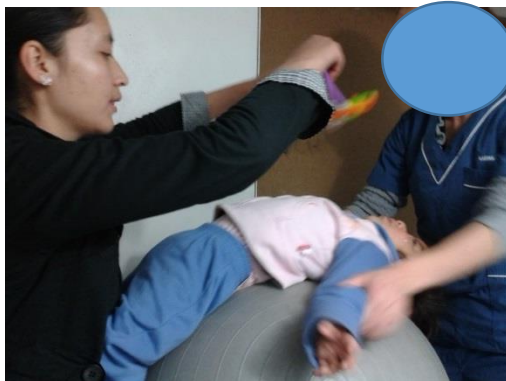


Grafico 6. Fortalecimiento de la musculatura abdominal
Elaborado por: Cristina Geovanna Almeida Villegas

- **Ejercicio para ejercitar los miembros inferiores**

Realizaremos movimientos activos asistidos de cadera, rodilla y pie.

Dosificación:

Realizaremos 5 series de 15 repeticiones diarias.



Gráfico 7. Movilidad de miembros inferiores
Elaborado por: Cristina Geovanna Almeida Villegas

- **Texturas**

Estimulación exteroceptiva, mediante el uso de texturas realizaremos una estimulación sensorial a través de la piel, especialmente en los pies para provocar la activación del tono de los músculos de los pies e iniciar la marcha.

Dosificación:

Realizaremos estimulación con las diferentes texturas en los miembros inferiores 3 veces por semana por 5 minutos



Gráfico 8. Texturas
Elaborado por: Cristina Geovanna Almeida Villegas

Objetivos a mediano plazo

- Estimular el sistema sensorio-motor
- Aumentar la percepción visual y auditiva
- Lograr sedestación independiente

Ejecución del plan de tratamiento fisioterapéutico

- **Hipoterapia (técnica con asistencia animal)**

Se comenzara con sesiones cortas y se irán ampliando progresivamente, dentro de los usos fisioterapéuticos cabe mencionar la normalización del tono muscular que se encuentra alterado por diferentes patologías la eficacia de la estimulación magnética transcraneal aplicada de forma repetitiva en pacientes con trastornos motores como la distonía que presenta la paciente como secuela de la craneosinostosis⁽²⁷⁾.

La monta terapéutica

A la niña se le realizara Hipoterapia pasiva debido a que la paciente no puede realizar actividades de manera independiente, por lo tanto la fisioterapeuta realizará actividades de forma pasiva con la paciente, se utiliza la monta gemela (back riding).

Técnica donde el fisioterapeuta se sitúa detrás de la paciente para ayudarla y alinearla durante la terapia.

Dosificación:

Se realizara Hipoterapia de 20 a 30 minutos 2 veces por semana.



Gráfico 9. Hipoterapia

Elaborado por: Cristina Geovanna Almeida Villegas

- **Hidroterapia**

El medio acuático tiene propiedades únicas, que lo convierten en un medio óptimo para mejorar la sintomatología que producen las enfermedades neurológicas (alteraciones del tono, marcha, equilibrio, coordinación).

Técnica donde el fisioterapeuta se sitúa detrás de la paciente para ayudarla y alinearla durante la terapia ⁽²⁷⁾.

Dosificación:

Realizaremos hidroterapia 2 veces por semana durante 45 minutos



Gráfico 10. Hidroterapia
Elaborado por: Cristina Geovanna Almeida Villegas

- **Ludoterapia (terapia mediante juegos)**

Es una técnica de tratamiento que utiliza el juego como medio de la expresión entre el fisioterapeuta y el paciente, para ayudar al niño a comprender mejor el medio que les rodea y adaptarse al mismo, debido que el juego es muy importante en los niños porque es su principal actividad que ellos realizan y de esta manera comprender e interactuar con el medio que los rodea.

Paciente en decúbito prono sobre la pelota de tipo bobath el fisioterapeuta se coloca detrás de la paciente estabilizando los miembros inferiores, con la ayuda de un segundo fisioterapeuta situado en la parte anterior de la paciente con un estímulo visual (juguetes) le llama la atención haciendo que vaya hacia adelante⁽²⁸⁾.

Dosificación:

Realizaremos por 20 minutos 2 veces por semana.



Gráfico 11. Terapia mediante juegos
Elaborado por: Cristina Geovanna Almeida Villegas

- **Musicoterapia**

La musicoterapia consiste en la aplicación científica del sonido, la música y el movimiento para facilitar la comunicación, promover la expresión individual y favorecer la integración sensorial. A nivel de estimulación temprana, en niños con baja audición la musicoterapia es una técnica terapéutica para q el niño pueda mejorar su sistema auditivo. En una colchoneta se coloca a la paciente en decúbito sedente largo o sedente corto y se le coloca frente al televisor con músicas infantiles que le llame la atención, siempre con la debida supervisión del fisioterapeuta ⁽²⁹⁾.

Dosificación:

Realizaremos 30 minutos dos veces por semana



Gráfico 12. Terapia auditiva
Elaborado por: Cristina Geovanna Almeida Villegas

- **Sedestación independiente**

Para la sedestación independiente colocamos a la paciente en decúbito sedente corto sobre un banco a la altura y peso adecuado a la paciente el fisioterapeuta se sitúa detrás de la niña para sostenerla si llegara a caerse y estimulando la musculatura abdominal para que la paciente no sea hacia adelante para evitar cifosis de la columna vertebral ⁽²⁶⁾.

Dosificación:

Realizaremos 5 repeticiones de 10 minutos todos los días.



Gráfico 13. Sedestación independiente
Elaborado por: Cristina Geovanna Almeida Villegas

Objetivos a largo plazo

- Mantener bipedestación asistida e independiente
- Lograr la marcha activa asistida
- Logra la marcha independiente

Ejecución del plan de tratamiento fisioterapéutico

- **Bipedestación asistida**

En una colchoneta y con una pelota de tipo bobath colocamos al paciente en decúbito prono el terapeuta en la parte posterior de la paciente estabilizando los miembros inferiores y con los pies descalzos le lleva hacia adelante y atrás en la pelota luego le mantiene en bipedestación por 5 minutos al a paciente ⁽²⁶⁾.

Dosificación:

Realizaremos 10 repeticiones de 5 tres veces por semana



Gráfico 14. Bipedestación asistida
Elaborado por: Cristina Geovanna Almeida Villegas

- **Bipedestación con apoyo**

En una colchoneta le colocamos en bipedestación a la paciente apoyada en una rampa por la parte posterior y el fisioterapeuta ubicado en la parte posterior de la paciente para ayudarlo si se cae.

Dosificación:

Realizaremos 5 repeticiones de 10 minutos tres veces por semana



Gráfico 15. Bipedestación con apoyo
Elaborado por: Cristina Geovanna Almeida Villegas

- **Marcha activa asistida**

Paciente en bipedestación con zapatos ortopédicos y con ayuda del terapeuta por la parte posterior sosteniéndola de las extremidades superiores, inicia la marcha conjunta con la paciente.

Dosificación:

Realizaremos caminata de 10 minutos tres veces por semana.



Gráfico 16. Marcha activa asistida
Elaborado por: Cristina Geovanna Almeida Villegas

- **Marcha independiente**

Paciente en bipedestación con zapatos ortopédicos y ayudas de férulas para la estabilización de los tobillos y de los pies y con la ayuda del fisioterapeuta para lograr la bipedestación y la marcha independiente de la paciente.

Dosificación:

Realizaremos todos los días por 15 minutos



Gráfico 17. Marcha independiente
Elaborado por: Cristina Geovanna Almeida Villegas

CONCLUSIONES

- Después de haber ejecutado el presente Análisis de caso, se ha identificado que la distonía por presentar movimientos involuntarios de la musculatura de la cintura lumbopélvica es a consecuencia de la craneosinostosis debido a una disfunción en el sistema nervioso central, en los ganglios basales y en el putámen.
- Dentro de los factores de riesgo de la salud identificados se menciona que la paciente no cuenta con un médico especialista para que brinde un seguimiento detallado del caso. En lo social la paciente no se relaciona con otros niños de su edad, y en el ámbito económico la familia no cuenta con los recursos necesarios para la correcta aplicación de tratamientos tanto fisioterapéutico como farmacológico.
- Mediante la investigación pude diferenciar el síntoma más relevante de la distonía de la cintura lumbopélvica son los movimientos involuntarios de tipo transitoria la misma que requiere un tratamiento fisioterapéutico y complementario farmacoterapia para evitar que la misma pase de leve a grave o complicaciones como las torsiones o llegar a la deformidad de las extremidades.
- Tras la aplicación del tratamiento fisioterapéutico planteado anteriormente, se ha logrado disminuir los movimientos involuntarios de la musculatura de la cintura lumbopélvica mediante la técnica de integración sensorial; además, de conseguir que su desarrollo motor sea óptimo a partir de la evaluación terapéutica inicial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA:

1. Bagg E. Síndromes Extrapiramidales. In Álvarez M. Semiología Médica. Buenos Aires: Edica Panamericana; 2008. p. 1366-1380.(21)
2. Benenzan R. Musicoterapia de la teoría a la práctica. Primera ed. España: Grupo Planeta; 2011.(29)
3. Bisbe M, Santoyo C, Segarra T. Fisioterapia en neurología: procedimientos para restablecer la capacidad funcional. Primera ed. Madrid: Médica Panamericana; 2012.(27)
4. Carruthers A, Carruthers J. Toxina botulínica. Tercera ed. España: Elsevier; 2013.8.(20)
5. Curtis G, Schuler J. Su Embarazo Semana a Semana. Tercera ed. Estados Unidos: Da Capo Press; 2013.(11)
6. Delgado V, Sandra C. Desarrollo psicomotor en el primer año de vida. Primera ed. Chile: Mediterráneo Ltda; 2010.(26)
7. Eisenberg H, Mazel S. Qué se puede esperar cuando se está esperando. Primera ed. España: Planeta; 2014.(16)
8. Escobedo O. Sustancias de abuso en el embarazo: un reto médico y social. In Díaz E, Alfaro H. Complicaciones médicas durante el embarazo y el puerperio. México: Alfil; 2015. p. 187-207.(9)
9. Espinosa E. Neuropediatría. In Toro J. Neurología. Colombia: El Manual Moderno; 2010. p. 757-802.(23)

10. Espinosa J. Guía esencial de rehabilitación infantil. Primera ed. Madrid: Médica Panamericana; 2010.(28)
11. Gómez M, Grau J. Dolor y sufrimiento al final de la vida. Primera ed. España: Arán; 2006.(24)
12. Montero L, Piñeros J. Ictericia neonatal. In Ucrós S, Natalia M. Guías de pediatría práctica basadas en la evidencia. Bogotá: Médica internacional; 2009. p. 68-77.(15)
13. Navarro C. Craneosinostosis. In Giraldo O. Neurocirugía para médicos generales. Colombia: Universidad de Antioquia; 2006. p. 474-482.(17)
14. Otero R. Depresion: ¿enfermedad o indolencia? Primera ed. Argentina: Bubok Publishing S.L.; 2014.(10)
15. Payne M. Defectos extracorpúsculares que conducen al aumento de la destrucción del eritrocito: cuasas inmunes. In Rodak B. Hematología: fundamentos y aplicaciones clínicas. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2005. p. 311-322.(7)
16. Pérez J. Manual de Fisioterapia. Primera ed. España: Mad S.L.; 2004.(22)
17. Ramirez R, Koller O. Malformaciones del craneo. In Hübner M, Ramírez R, Nazer J. Malformaciones congénitas. Santiago de Chile: Universitaria; 2005. p. 49-81.(6)
18. Ricard F, Martínez E. Osteopatía y pediatría. Primera ed. Madrid: Médica Panamericana; 2005.(19)
19. Roca E, Basil C. Vamos a ser padres: La guía más completa, actualizada y ampliada de embarazo, parto y posparto. Séptima ed. España: Penguin Random House; 2011.(8)

20. Zarranz J. Enfermedades caracterizadas por los movimientos anormales. In Neurología. Quinta ed. España: Elsevier; 2013. p. 375-422.(1)
21. Zarranz J. Epilepsias. In Neurología. España: Elsevier; 2013. p. 327-374.(3)

LINKOGRAFÍA:

1. Ecuador ACd. msp.gob.ec. [Online].; 2005 [cited 2015 Julio 31. Available from: <http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/septiembre2013/LEY%20DE%20MATERNIDAD%20GRATUITA%20Y%20ATENCIÓN%20A%20LA%20INFANCIA.pdf>.(25)
2. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2015 [cited 2015 Julio 31. Available from: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/.(5)
3. Torres W, Calderón L, Albornoz A. Prenatal.tv. [Online]. Quito; 2008 [cited 2015 Julio 31. Available from: <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/3.%20Componente%20Normativo%20Neonatal%20CONASA.pdf>.(14)
4. WordPress. Definicion. de. [Online].; 2008-2015 [cited 2015 Julio 31. Available from: <http://definicion.de/punto-critico/>.(13)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

PROQUEST: García A, Quero J. La cabeza: Evaluación neurológica del recién nacido. Primera ed. Madrid: Diaz de Santos; 2012.(18)

PROQUEST: García A, Quero J. Evaluación neurológica del recién nacido. Primera ed. Madrid: Diaz de Santos; 2012.(18)

PROQUEST: García A, Quero J. Trastornos del movimiento. Primera ed. Madrid: Díaz de Santos S.A; 2012.(2)

PROQUEST: Grande M, Roman M, Vaudagna C. Nutrición y alimentación durante el embarazo. In Grande M. Nutricion y salud materno infantil. Argentina: Brujas; 2014. p. 41-66.

PROQUEST: Toro Gomez. Neurología. Segunda ed. Colombia : El Manual Moderno; 2010.(12)

ANEXOS



ANEXO1. ENTREVISTA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
Facultad Ciencias de la Salud
Carrera de Terapia Física

Entrevista a la Madre

Mencione su parentesco con el paciente:

¿Cuál es el tipo de etnia a la que usted pertenece?

¿Se realizaba los controles prenatales en las fechas establecidas por el médico tratante?

¿Tuvo alguna complicación durante el embarazo? , si es el caso explique.

Cuál fue el tratamiento prescrito por el médico que le atendió?

¿Cumplió con las indicaciones del profesional de salud que le atendió durante la gestación?

Durante el proceso de gestación, ¿Cómo fue su relación con su esposo y familia?

¿Hubo consumo de alcohol, drogas u otros fármacos que considere pudo haber afectado al gestante?

¿La niña nació de manera normal o por cesárea?

¿Hubo alguna complicación después del parto?, si es el caso explique.

¿Se ha encontrado la niña hospitalizada?

¿Ha recibido la niña atención médica especializada en algún momento?

¿En qué unidades de salud ha sido atendida la niña?

¿La atención que ha recibido la niña, ha sido oportuna y de calidad?

¿Ha cumplido con las indicaciones del profesional de salud que atiende a la niña?

¿Cuál fue el diagnóstico clínico que recibió?

¿Desde qué edad la niña recibe atención en el área de terapia física?

¿Considera usted importante un tratamiento fisioterapéutico?

¿Mencione cuáles fueron los problemas más relevantes que vio usted desde el nacimiento de la niña?

¿Cómo fue la atención que recibió usted y la niña en la institución de Salud donde lo atendieron?

¿Se le proporciono toda la información respecto al caso de su niña? Si () No ()

¿Por qué? -----

¿Posterior al alta se le realizaron periódicamente las revisiones recomendadas en el Subcentro de Salud más cercano a su hogar? Si () No () ¿por qué?

¿El Subcentro de salud a donde usted pertenece le brindo el apoyo necesario para el cuidado de su niña?

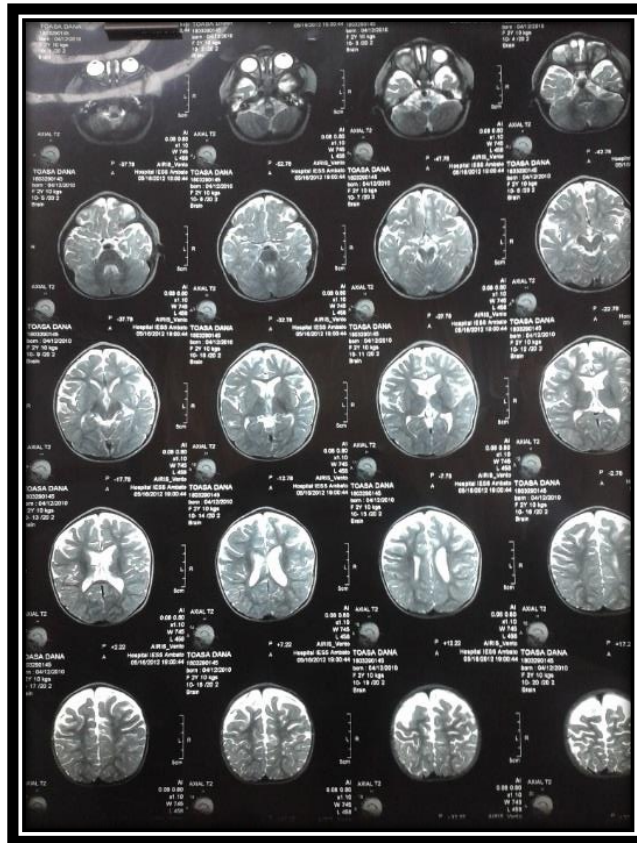
¿Los trámites administrativos que se requirió durante la estancia de su niña en el Hospital del IESS, de los VALLES y la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO fueron resueltos por parte del personal?

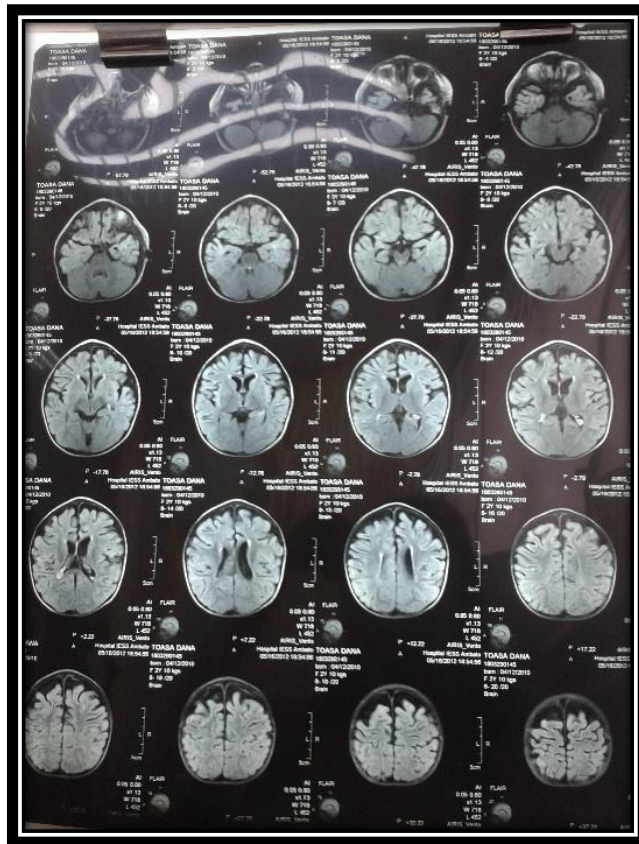
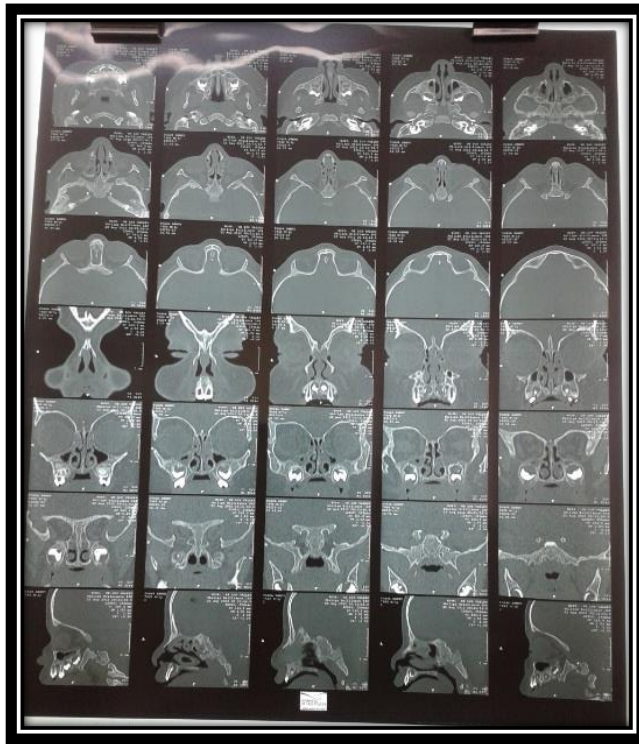
¿El servicio de trabajo social le proporcionó la ayuda necesaria en el momento correspondiente?

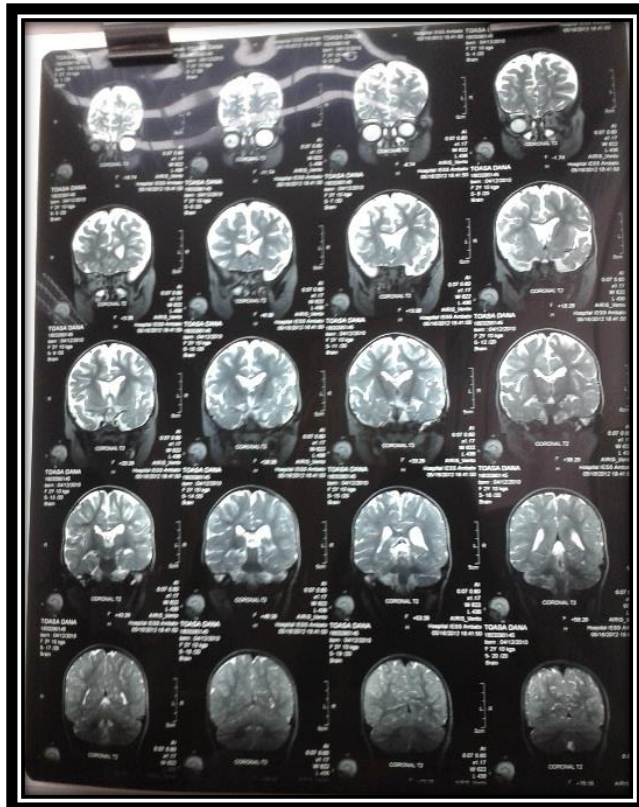
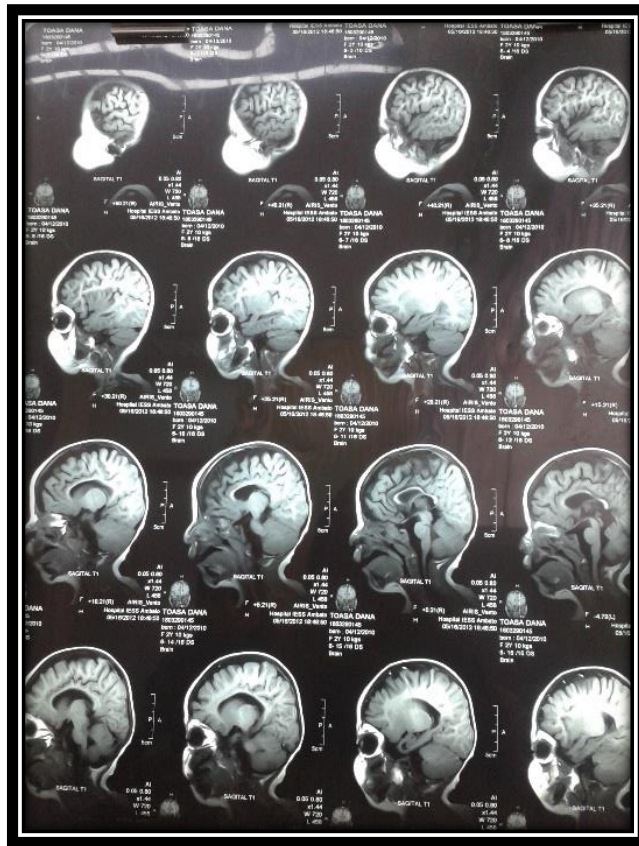
¿Se siente conforme con la atención recibida en las diferentes casas de salud que fue atendida su niña?

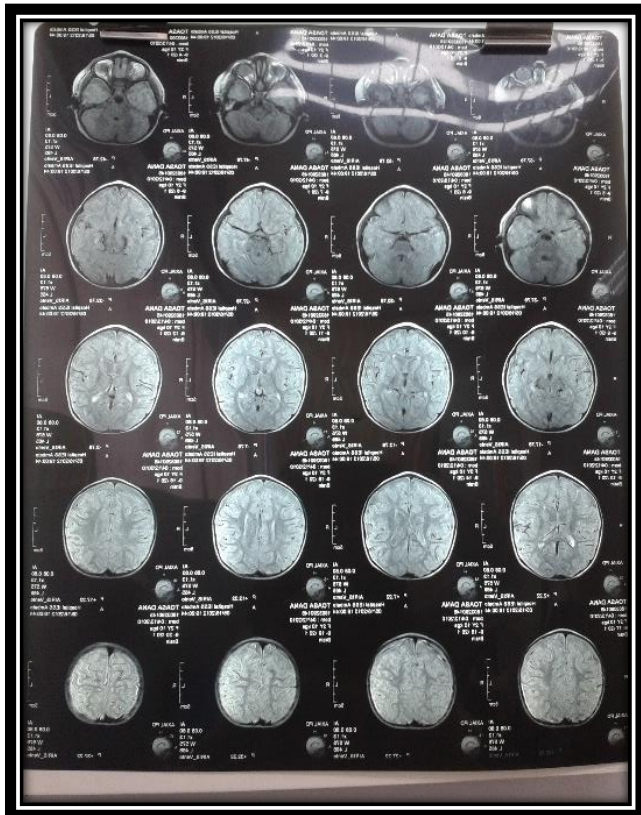
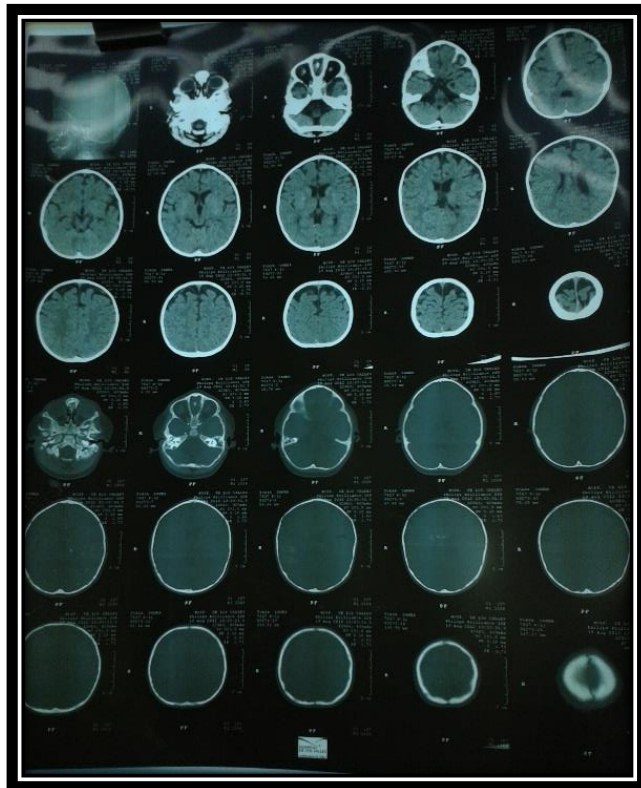
ANEXO2. TOMOGRAFÍAS

A continuación se presentan las tomografías realizadas a la paciente en estudio, éstas fueron realizadas a la edad de 1 año y 6 meses, como requisito para ser intervenida quirúrgicamente, pues fue diagnosticada con craneosinostosis de tipo braquicefalia.









ANEXO.3 VALORACIÓN APGAR

La valoración del apgar se realiza en los primeros minutos de vida de los recién nacidos, sin embargo hay casos en que esta valoración es omitida por quienes están a cargo del proceso de parto; estos se pueden presentar por diversas causas por ejemplo: un parto atendido por una partera, un parto expulsivo, o porque el personal de salud no está altamente calificado para realizar esta valoración.

PUNTAJE DE APGAR				Edad gestacional:				
SIGNO	0	1	2	1 min	5 min	10 min	15 min	20 min
COLOR	AZUL O PÁLIDO	ACROCIANOSIS	ROSADO COMPLETAMENTE					
FC	AUSENTE	< 100 / min	> 100 / min					
IRRITABILIDAD REFLEJA	NO RESPUESTA	MUECAS	LLORA O RETIRA					
TONO MUSCULAR	FLÁCCIDO	ALGUNA FLEXION	MOVIMIENTOS ACTIVOS					
RESPIRACIÓN	AUSENTE	LENTA, IRREGULAR	BUENA, LLORA					

ANEXO 4. EVALUACIONES

ESCALA DE EVALUACIÓN PARA DISTONÍA

Código CIE-10: CI-10: G24 Autor:(Fahn-Marsden)

L.- ESCALA DE MOVIMIENTOS DISTÓNICOS:

(I) Factor provocador

A.- General:

- 0: Ausencia de distonía en reposo o acción.
- 1: Distonía en acción particular.
- 2: Distonía en muchas acciones.
- 3: Distonía en acción en parte distal del cuerpo o intermitentemente al descansar.
- 4: Distonía en reposo.

B.- Hablar y deglutir:

- 1: Ocasional en uno o en ambos.
- 2: Frecuentemente en uno.
- 3: Frecuentemente en uno y ocasionalmente en otro.
- 4: Frecuentemente en ambos.

(II) Factor de severidad

Ojos:

- 0: Ausencia de distonía.
- 1: Ligeramente. Ocasionalmente al pestañear.
- 2: Suavemente. Frecuente al pestañeo sin espasmo prolongado de la oclusión del ojo.
- 3: Moderado. Espasmo prolongado del cierre palpebral pero el ojo está abierto la mayor parte del tiempo.
- 4: Severo. Espasmo prolongado del cierre palpebral con los ojos cerrados por lo menos 30% del tiempo.

Boca:

- 0: No distonía presente.
- 1: Ligeramente. Ocasionalmente al hacer gestos u otros movimientos de la boca
- 2: Suavemente. Movimiento presente en menos del 50% del tiempo.
- 3: Movimientos diatónicos moderados o contracciones presentes la mayor parte del tiempo.
- 4: Movimientos distónicos severos o contracciones presentes la mayor parte del tiempo.

Habla y deglución:

- 0: Normal
- 1: Ligeramente comprometido; habla fácilmente entendible o tos ocasional.
- 2: Alguna dificultad en entender el habla o tos frecuente.
- 3: Marcada dificultad en entender el habla o incapacidad para pasar alimentos sólidos.
- 4: Completa o casi completa anartria o marcada dificultad para pasar alimentos blandos o líquidos.

Cuello:

- 0: Ausente.
- 1: Ligeramente. Ocasional desviación.
- 2: Tortícolis obvia pero moderada.
- 3: Obvia desviación.
- 4: Desviación extrema.

Brazo:

- 0: No distonía presente.
- 1: Ligeramente distonía. Clínicamente insignificante.
- 2: Leve. Distonía obvia pero no incapacitante.
- 3: Moderada. Capaz de coger, con alguna función manual.
- 4: Severa. No posibilidad de coger o asir.

Tronco:

- 0: No distonía presente.
- 1: Ligero encorvamiento, clínicamente insignificante.
- 2: Encorvamiento definido pero no interfiere con estación de pie o con el andar.
- 3: Moderado encorvamiento, interfiere con estación de pie o con andar.
- 4: Encorvamiento extremo del tronco impidiendo la estación de pie o caminar.

Piernas:

- 0: No distonía presente.
- 1: Ligeramente distonía pero no causa incapacidad, clínicamente insignificante.
- 2: Distonía leve. Camina rápidamente y sin ayuda.
- 3: Moderada distonía. Severo compromiso para caminar o requiere asistencia.
- 4: Severa. Imposible de estar de pie o caminar con pierna comprometida.

2.- ESCALA DE INCAPACIDAD:**A.- Habla:**

- 0: Normal.
- 1: Ligeramente comprometida; fácilmente entendible.
- 2: Algo difícil de entenderse.
- 3: Marcada dificultad para entenderla.
- 4: Completa o casi completa anartria.

B.- Escritura (tremor o distonía):

- 0: Normal.
- 1: Ligeramente dificultad; legible.
- 2: Casi ilegible.
- 3: Ilegible.
- 4: Incapacidad para coger y mantener sostenido un lapicero.

C.- Alimentación:

- 0: Normal.
- 1: Usa “trucos”; independiente.
- 2: Puede comer pero no cortar.
- 3: Come con los dedos.
- 4: Completamente dependiente.

D.- Comer / tragar:

- 0: Normal.
- 1: Tose ocasionalmente.
- 2: Frecuentemente tose, dificultad para tragar.
- 3: Incapacidad para pasar comidas sólidas.
- 4: Marcada dificultad para tragar comidas blandas y líquidas.

E.- Higiene:

- 0: Normal.
- 1: Torpe, independiente.
- 2: Necesita ayuda en algunas actividades.
- 3: Necesita ayuda en la mayoría de actividades.
- 4: Incapacidad.

F.- Vestido:

- 0: Normal.
- 1: Torpe; independiente.
- 2: Necesita ayuda en algunas actividades.
- 3: Necesita ayuda en la mayoría de actividades.
- 4: Incapacidad.

G.- Caminar:

- 0: Normal.
- 1: Levemente anormal; difícilmente perceptible.
- 2: Moderadamente anormal; obvio a simple vista.
- 3: Considerablemente anormal.
- 4: Necesita asistencia para caminar.
- 6: Postrado en silla de ruedas.

ANEXO 5. EVALUACIÓN FISIOTERAPEÚTICA

Evaluación general– Área de Terapia Física, según CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE DISCAPACIDAD		
Propuesto por la LICENCIADA MARÁ BELÉN CAMINO FISIOTERAPEUTA		
INFORMACIÓN GENERAL:		
FUNCIONES SOCIALES		FUNCIONES INDIVIDUALES
Factores Contextuales		Actividades
Internos		
Facilitadores	Barreras	
Externos		Limitaciones
Facilitadores	Barreras	
Participación	Restricciones	

Supino	Motivo
Prono	Motivo
Sentado largo	Motivo
Sedente corto	Motivo
Bipedestación	Motivo

Sistema Neuromuscular
Sistema Músculo Esquelético
Sistema Sensorial
Alimentación/ Control Oromotor
Área de comunicación

Área de las actividades de la vida diaria
Habilidades sociales
Área pre vocacional
Área hábitos de trabajo

ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Facultad Ciencias de la Salud

Carrera de Terapia Física



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ de ____ años de edad, con C.C
_____, mayor de edad, representante de la niña
_____, en pleno uso de mis facultades mentales,
libre y voluntariamente,

EXPONGO:

Que he sido debidamente informado por la estudiante del Décimo semestre de la Carrera de Terapia Física _____, en entrevista personal realizada el día _____, que es necesario que se efectúe el Desarrollo del Análisis de _____ Caso _____ Clínico denominado _____

Que he recibido explicaciones tanto verbales como escritas, sobre la naturaleza y propósito del procedimiento, habiendo tenido ocasión de aclarar las dudas que me han surgido.

MANIFIESTO:

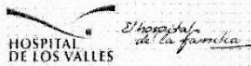
Que he entendido y estoy satisfecho de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el proceso citado Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que se acceda a la documentación necesaria, para dicha investigación.

FECHA: _____

ESTUDIANTE DE TERAPIA FÍSICA REPRESENTANTE DE LA NIÑA



ANEXO 7. HISTORIA CLÍNICA



EPICRISIS (1)

ESTABLECIMIENTO	NOMBRES	APELLIDOS	SEXO (M-F)	N° HOJA	N° HISTORIA CLÍNICA
HDLV	DANNA JAMILETH	TOASA CUNALATA	F	1	5246601

1 RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE NACIDA Y RESIDENTE EN AMBATO, PADRES NO CONSANGUÍNEOS RESIDENTES DE AMBATO, MADRE DE 34 AÑOS Y PADRE DE 31 AÑOS DE EDAD. SIN ANTECEDENTES REFERIDOS. EMBARAZO CONTROLADO, NACIMIENTO POR PARTO CEFALO VAGINAL, PRÓCUTO DE 3RA GESTA SIN COMPLICACIONES, A LA EDAD DE 8 MESES PRESENTA RETRASO PSICOMOTRIZ EVIDENTE, NO SE SIENTA, A LOS 12 MESES NO PALABRAS SOLO MONOSÍLABOS Y PALBAS CORTAS, NO BIPEDESTACION, EN CRANEO DETENCION DE PERIMETRO CEFALICO, ACUDE A NEUROPEDIATRA DECIDIENDO CORRECCION QX DE CRANEOSINÓSTOSIS

2 RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

SE REALIZA EL CRANIECTOMIA MULTIPLE SUTURAS BILATERAL SIN COMPLICACIONES. PACIENTE QUE TOLERA PROGRESIVAMENTE LA ALIMENTACION, CON BUENA TOLERANCIA. DURANTE SU HOSPITALIZACION VALORADA POR GENETICA POR SU DISMORFISMO FACIAL QUIEN SOLICITA REALIZACION DE CARIOTIPO EL MISMO QUE DEBERA REALIZARSE 8 DIAS DESPUES DE TERMINADA LA ANTIBIOTICOTERAPIA POR CONSULTA. SE REALIZA TC DE SPN REVELANDO SINUITIS MAXILAR POR LO QUE SE DA TRATAMIENTO ANTIBIOTICO ESPECIFICO POR 14 DIAS QUE DEBERA COMPLETAR AMBULATORIAMENTE. POR SU ANTECEDENTE DE RETRASO DEL DESARROLLO SE SOLICITA VALORACION POR ORL PARA INVESTIGACION DE DEFICIT AUDITIVO QUIEN SOLICITA EXAMENES AUDILOGICOS LOS MISMOS QUE DEBERA REALIZARSE Y VALORARSE POR CONSULTA EXTERNA

3 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

19/08/12: TC CEREBRAL: FONTANELAS CERRADAS BRAQUICEFALIA
 19-08-012 LEUCO: 10600. NEUTRO: 38,6%. HB: 9,0. PLT: 466000. QS NORMAL ELCTROLITOS NORMAL. TP: 13,8". TTP: 36,8"
 21/08/12 RX TORAX: DISCRETO INFILTRADO ACINAR BASAL IZQUIERDO
 22-08-012 TC SPN: ENGROSAMIENTO MUCOSO DE LOS ANTROS MAXILARES Y CELDILLAS ETMOIDALES EN RELACION CON PROCESO INFECCIOSO. SEPTUM NASAL DESVIADO EN S ITALICA. CORNETES NAsALES IZQUIERDOS PROMINENTES. TEJIDO ADENOIDEO DE TAMAÑO MAXIMO NORMAL.


 HOSPITAL DE LOS VALLES
 02 JUL. 2015

 DEPARTAMENTO DE ARCHIVO
 DEL COPIA DEL CRISIS



4 RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

HIDRATACION IV
METAMIZOL
CEFAZOLINA POR 3 DIAS
ACETAMINOFEN

CVN: 2901 I.E.S.S. SEGURO SALUD SUBDIRECCION QUITO
7401 PLAN I.E.S.S. ACTIVOS SUBDIRECCION PROVINGI

INDICACIONES DE ALTA:

AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO POR 14 DIAS
CONTROL POR ORL CON RESULTADOS EXAMENES AUDIOLÓGICOS
CONTROL POR NEUROLOGIA PEDIATRICA EN 15 DIAS
CONTROL POR NEUROCIROLOGIA EN 8 DIAS
VALORACION POR GENETICA 8 DIAS LUEGO DE TERMINADA ANTIBIOTICOTERAPIA

5 DIAGNÓSTICOS INGRESO

	PRE- PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1		<input checked="" type="checkbox"/>			X
2		<input checked="" type="checkbox"/>			X
3		<input checked="" type="checkbox"/>			X
4					
5					

6 DIAGNÓSTICOS EGRESO

	PRE- PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1		<input checked="" type="checkbox"/>			X
2		<input checked="" type="checkbox"/>			X
3		<input checked="" type="checkbox"/>			X
4		<input checked="" type="checkbox"/>			X
5		<input checked="" type="checkbox"/>			X
6		<input checked="" type="checkbox"/>			X

7 CONDICIONES DE EGRESO Y PRONOSTICO

PACIENTE AL MOMENTO EN CONDICIONES ESTABLES, BUENAS CONDICIONES, ALTA CON INDICACIONES, SIGNOS DE ALRMA ACUDIR.

ENTREGADO
02 JUL. 2015

8 MÉDICOS TRATANTES

	NOMBRES	ESPECIALIDAD	FECHA DE RESPONSABILIDAD
1	DRA. PATRICIA ALDEAN/ DRA RUIZ	PEDIATRA/GENETISTA	19/08/2012-23/08/12
2	DR. MANUEL BURNANO	NEUROPEDIATRA	19/08/2012-23/08/12
3	DR. ALFREDO CASTRO	NEUCIRUJANO	19/08/2012-23/08/12
4	DR. JAIME CAMPANA	OTORRINOLARINGOLOGO	19/08/2012-23/08/12

9 EGRESO

ALTA DEFINITIVA	ASINTOMÁTICO	DISCAPACIDAD MODERADA	RETIRO AUTORIZADO	DEFUNCION MENOS DE 48 HORAS	DÍAS DE ESTADA
	<input checked="" type="checkbox"/>				5
ALTA TRANSITORIA	DISCAPACIDAD LEVE	DISCAPACIDAD GRAVE	RETIRO NO AUTORIZADO	DEFUNCION MAS DE 48 HORAS	DÍAS DE INCAPACIDAD

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA	NUMERO DE HOJA
23-08-012	15H00	Dra. Andrea Melo		1

ANAMNESIS

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	N. HOJA	N° HISTORIA CLINICA
HDLV	DANNA	TOASA CUNALATA	F	1	5246501

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

A **CRANEOSINOSTOSIS** C

B

D

2 ANTECEDENTES PERSONALES DESCRIBIR ABAJO CON EL NUMERO RESPECTIVO

1. VACUNAS	2. ENF. ALERGICA	3. ENF. NEUROLÓGICA	4. ENF. TRAUMÁTICA	5. TENDENCIA SEXUAL	6. ACTIVIDAD FÍSICA	7. MENARQUIA EDAD	8. MENOPAUSIA EDAD	9. CICLOS	10. VIDA SEXUAL ACTIVA
11. PERINATAL	12. ENF. CARDIACA	13. ENF. METABOLICA	14. ENF. QUIRURGICA	15. RIESGO SOCIAL	16. DIETA Y HABITOS	17. GESTA	18. PARTOS	19. ABORTOS	20. CESÁREAS
21. ENF. INFANCIA	22. ENF. RESPIRATORIA	23. ENF. LINF. MENTAL	24. ENF. LABORAL	25. RIESGO FAMILIAR	26. OTRO	27. METODO DE P. FAMILIAR	28. TERAPIA NORMAL	29. COLPOR COPIA	30. MAMA GRAFIA

PACIENTE NACIDA Y RESIDENTE EN AMBATO, PADRES NO CONSANGUINEOS RESIDENTES DE AMBATO. MADRE DE 34 AÑOS Y PADRE DE 31 AÑOS DE EDAD. SIN ANTECEDENTES REFERIDOS. EMBARAZO CONTROLADO. NACIMIENTO POR PARTO CEFALO VAGINAL. PROCUTO DE 3RA GESTA SIN COMPLICACIONES. A LA EDAD DE 6 MESES PRESENTA RETRASO PSICOMOTRIZ EVIDENTE. NO SE SIENTA. A LOS 12 MESES NO PALABRAS SOLO MONOSILABOS Y PALBAS CORTAS, NO BIPEDESTACION. EN CRANEO DETENCION DE PERIMETRO CEFALICO. ACUDE A NEUROPIEDIA TRA DECIDIENDO CORRECCION QX DE CRANEOSINOSTOSIS

3 ANTECEDENTES FAMILIARES DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NUMERO

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. ENF. DE VASCULAR	4. HIPERTENSION	5. CANCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACION	10. OTRO
----------------	-------------	---------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

No referidos

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NUMERO Y LETRA

PACIENTE ACUDE ASINTOMATICA PARA CIRUGIA PROGRAMADA DE CRANEOSINOSTOSIS

5 REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA - MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NUMERO Y LETRA. SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA - MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR.

1. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	2. RESPIRATORIO	3. CARDIO VASCULAR	4. DIGESTIVO	5. GENITAL	6. URINARIO	7. MÚSCULO ESQUELÉTICO	8. ENDOCRINO	9. HEMO LINFÁTICO	10. NERVIOSO
CP	SP	CP	SP	CP	SP	CP	SP	CP	SP
	X	X	X	X	X	X	X	X	X

LO REFERIDO EN LA EA

6 SIGNOS VITALES Y MEDICIONES											
PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA (min)	123	FRECUENCIA RESPIRATORIA (min)	31	TEMPERATURA BUCAL (°C)	TEMPERATURA AXILAR (°C)	37,1	PESO (kg)	10	TALLA (m)	PERIMETRO CEFALICO (cm)

7 EXAMEN FISICO														
R= REGIONAL S= SISTEMICO				CP= CON EVIDENCIA DE PATOLOGIA MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NUMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES				SP= SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR						
1-R	PIEL, FANERAS	X	6-R	BOCA	X	11-R	ABDOMEN	X	1-S	ORGANOS DE LOS SENTIDOS	X	4-S	URINARIO	X
2-R	CABEZA	X	7-R	ORG FARINGE	X	12-R	COLUMNA VERTEBRAL	X	2-S	RESPIRATORIO	X	7-S	MUSCULO ESQUELETICO	X
3-R	OJOS	X	8-R	CUELLO	X	13-R	INDE-PERINE	X	3-S	CARDIO VASCULAR	X	8-S	ENDOCRINO	X
4-R	OIDOS	X	9-R	AXILAS-MAMAS	X	14-R	MIEMBROS SUPERIORES	X	4-S	DIGESTIVO	X	9-S	HEMO LINFATICO	X
5-R	NARIZ	X	10-R	TORAX	X	15-R	MIEMBROS INFERIORES	X	5-S	GENITAL	X	10-S	NEUROLOGICO	X

BUENAS CONDICIONES GENERALES
 PACIENTE CON FASCIES SINDROMICA, DENOTA ASIMETRIA FACIAL, PRMINENCIA NASAL
 APARENTE AUSENCIA DE RESPUESTA SONIDOS
 CRANEO: ASIMETRIA CRANEAL

8 DIAGNOSTICO									
	PRE# PRESUNTIVO	DEF# DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1		CRANEOSINOSTOSIS			X	4			
2		TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO			X	5			
3		TRETRASO PSICOMOTOR			X	6			

9 PLANES DE TRATAMIENTO
 INGRESO, ORDENES NEUROPEDIATRIA, PEDIATRIA, NEUROCIRUGIA

DE DIAGNOSTICO (TEMPERATURA Y EDUCACIONALES)
 DE LOS VALLES
 ESTABLECIDO
 02 JUL. 2015
 DEPARTAMENTO DE ARCHIVO
 FIEL COPIA DEL ORIGI

FECHA	19-08-012	HORA	15:02	NOMBRE DEL PROFESIONAL	Dr Lozada Jonathan	FIRMA	Dr. Jonathan Lozada	NUMERO DE HOJA	1
-------	-----------	------	-------	------------------------	--------------------	-------	---------------------	----------------	---

SNS-MSP / HCU-form.003 / 2008
 EXAMEN FISICO
 MSR Libro 1 Folio 2 No. 1
 27-08-04260

PROTOKOLO OPERATORIO		HC : 5246601	AD: 2
		TOASA CUNALATA DANNA JAMILET	
		Hab : 0110 110A	
		Edad : 1a 8m 16d	
		Dr. (a) : CASTRO CEVALLOS ALFREDO EDISON ANTONIO	
		F. Ing. : 19/08/2012 11:45	
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO:	CRANEOSINOSTOSIS	OPERACION PROYECTADA :	CRANIECTOMIA MULTIPLE SUTURAS BILATERAL
DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO:	CRANEOSINOSTOSIS	OPERACION REALIZADA :	CRANIECTOMIA MULTIPLE SUTURAS BILATERAL
		PROGRAMACION :	Electiva
EQUIPO OPERATORIO			
CIRUJANO :	CASTRO CEVALLOS ALFREDO EDISON AN	CUARTO AYUDANTE :	
CIRUJANO :		INSTRUMENTISTA :	CORONADO TORRES ANGELICA MARIA
CIRUJANO :		CIRCULANTE :	GUAMAN GUTIERREZ ADRIANA PAOLA
PRIMER AYUDANTE :	JARRIN DUQUE JORGE WINSTON	ANESTESIOLOGO :	AZOREY PEREZ ISABEL CRISTINA
SEGUNDO AYUDANTE :		AYUDANTE DE ANESTESIA :	
TERCER AYUDANTE :			
FECHA (DD/MM/YYYY)		HORA DE INICIO	HORA DE TERMINACIÓN
20	08	2012	10:40
			11:25
			GENERAL
DESCRIPCION DE LA OPERACION			
HALLAZGOS:			
- DEFORMIDAD CRANEAL POR SINOSTOSIS PTERONIAL BILATERAL			
PROCEDIMIENTO UNO:			
1. INCISIÓN ARCIFORME FRONTO PARIETO TEMPORAL DERECHA			
2. COLGAJO DE CONCAVIDAD INFERIOR			
3. DISECCIÓN DEL ESCALPE CON MONOPOLAR			
4. PERIOSTEOTOMIA QUE SIGUE LA DIRECCIÓN DE SUTURA DESDE EL PTERION HASTA LA LÍNEA MEDIA			
5. CRANIECTOMIA DE LAS SUTURAS CORONAL Y PTERONIAL DERECHA			
6. LIBERACIÓN DE SEGMENTO INFERIOR MEDIANTE DISCRETA DISTRACCIÓN			
7. INTERPOSICIÓN DE MATERIAL ABSORBIBLE ENTRE LAS SUTURAS LIBERADAS			
8. SÍNTESIS DE PERIOSTIO CON PUNTOS SUELTOS			
9. SÍNTESIS DEL ESCALPE POR PLANOS SIN DRENAJE			
PROCEDIMIENTO DOS:			
1. REALIZACIÓN IDÉNTICA A LA IZQUIERDA COMO EN EL PROCEDIMIENTO ANTERIOR			
COMPLICACIONES: NINGUNA			
SANGRADO. MÍNIMO			
PATOLOGÍA: NO			
PROCEDIMIENTO UNO:			
61558 Craniotomía extensa por craneosinostosis de múltiples suturas, sin requerir injertos óseos.			
PROCEDIMIENTO DOS:			
61558 Craniotomía extensa por craneosinostosis de múltiples suturas, sin requerir injertos óseos.			
 CASTRO CEVALLOS ALFREDO EDISON AN Cirujano 20/08/2012		ENTREGADO HOSPITAL DE LOS VALLES 02 JUL. 2015 Dr. Alfredo Castro C. NEUROCIRUJANO Nombre médico MESCOBAR	

HC : 5246601 AD: 2

TOASA CUNALATA DANNA JAMILET

**PROTOCOLO
OPERATORIO**

Hab : 0110 110A

Edad : 1a 8m 16d

Dr. (a): CASTRO CEVALLOS ALFREDO EDISON ANTONIO

F. Ing.: 19/08/2012 11:45 *Dr. Alfredo Castro*

NEUROCIJAJANO

Fecha elaboración:

308 MSP LIBRO DE FOLIOS P. 3

HOSPITAL
DE LOS VALLES
02 JUL. 2015
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA
FIEL COPIA DEL ORIGINAL



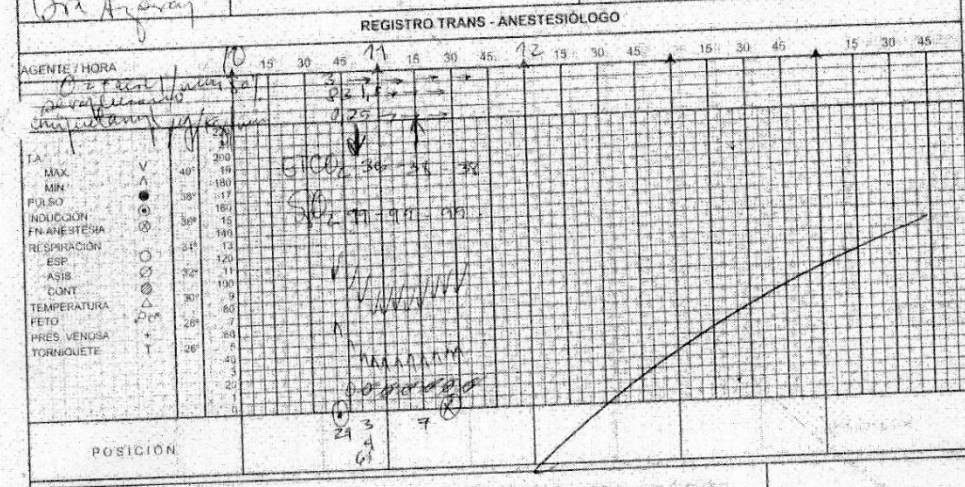
REGISTRO DE A



Edad: 8m 18d Sexo: I
 Dr(a): CASTRO CEVALLOS
 Ing: 2012/08/19 11:45:5

APELLIDO PATERNO Toasa		MATERNO Ainalata		NOMBRES Danna		IDON: 2001 I.E.S. 5 SEGURO SALUD SUBDIRECCION QU HOSPITAL DEPARTAMENTAL S. ACTIVOS SUBDIRECCION PRO	
FECHA 20/8/2012	EDAD 1.8m	SEXO F	ESTATURA 104	PESO 10kg	OCCUPACION ACTUAL Neonólogo	SALA 2	CAMA 110

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO Craneosinostosis	DIAGNÓSTICO POST-OPERATORIO Craneotomía Plástica craneal
CIRUJANO Dr Castro	AYUDANTES Dr Jarama
ANESTESIOLOGO Dr Aguirre	INSTRUMENTISTA



DROGAS ADMINISTRADAS				DURACION ANESTESIA	
Nº	TIPO	#	CONCENTRACION	HS	MIN
1	Esmeron 6mg	4	1ml/ml 200mg	0	50
2	Propofol 6mg	5	1ml/ml 10mg	0	25
3	Propofol 6mg	6	1ml/ml 10mg		
		7	1ml/ml 10mg		

TÉCNICAS		INFUSIONES		COMPLICACIONES OPERATORIAS	
GENERAL <input checked="" type="checkbox"/>	CONDUCTIVA <input type="checkbox"/>	D. DEXTROSAS <input type="checkbox"/>	CC. HIPOTENSIÓN <input type="checkbox"/>	ARRITMIAS <input type="checkbox"/>	
SISTEM ABIERTO <input type="checkbox"/>	ASERPIA DE PIEL <input type="checkbox"/>	R. RINGER <input checked="" type="checkbox"/> 100	CC. DEFICIÓN RESPIRATORIA <input type="checkbox"/>	PERFORACION DURAMADRES <input type="checkbox"/>	
SISTEM CERRADO <input type="checkbox"/>	CON <input type="checkbox"/>	S. SANGRE <input type="checkbox"/>	CC. DIFICULTAD TECNICA <input type="checkbox"/>	NAUSEAS VOMITOS <input type="checkbox"/>	
SISTEM SEMI-CERR <input checked="" type="checkbox"/>	HABÓN <input checked="" type="checkbox"/>	E. EXPANSORES <input type="checkbox"/>	CC. CONDUCTIVA INSUFICIENTE <input type="checkbox"/>	LARINGOSPASMO <input type="checkbox"/>	
APARATOS USADO	RAQUIDEA <input type="checkbox"/>	TOTAL 100	CC. BARRO CARDIACO <input type="checkbox"/>		
CIRC. <input checked="" type="checkbox"/> VAINEN <input type="checkbox"/>	EPIDURAL CAUD <input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA	CC. CAMBIO DE TECNICA <input type="checkbox"/>		
MÁSCARA <input type="checkbox"/>	SIMPLE <input type="checkbox"/>	+ 5 cc OD. APROX.			
INTB. TRAQUEAL	CONTINUA <input type="checkbox"/>	APGAR	CC. COMENTARIOS		
ORAL <input checked="" type="checkbox"/> NASAL <input type="checkbox"/>	ALTURA PUNCIÓN	1 MIN. 5 MIN. 10 MIN. F. MUERTO			
RÁPIDO <input type="checkbox"/> LENTO <input checked="" type="checkbox"/>	PUNCIÓN LAT <input type="checkbox"/>	TÉCNICAS ESPECIALES			
TUBO Nº: 4.0	LÍNEA MEDIA <input type="checkbox"/>				
MAGNITUD INFLAB <input checked="" type="checkbox"/>	AGUJA Nº				
TAPONAMIENTO <input type="checkbox"/>	NIVEL	CONDUCCION A: OCPA			
ANST. TÓPICA <input type="checkbox"/>	HIPERBARA <input type="checkbox"/>	POR: _____ HORA			
ANST. TRANSORAL <input type="checkbox"/>	POSICIÓN: PACIENTE				

ENTREGADO
02 JUL 2015
 Dr. Castro Castro
 DEPARTAMENTO DE ANESTESIA
 Dr. Castro Castro
 ANEST.

REGISTRO DE ANESTESIA
 FIRMA DEL ANESTESIOLOGO