



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL HIPOTÓNICA A CAUSA DE UNA HIPOXIA FETAL”.

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

Autor: Delgado Valencia Lénin Abraham

Tutora: Lcda.Mg. Ortiz Villalba Paola Gabriela

Ambato-Ecuador

Noviembre 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Análisis de Caso Clínico sobre el tema: “PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL HIPOTÓNICA A CAUSA DE UNA HIPOXIA FETAL” de Lénin Abraham Delgado Valencia, estudiante de la Carrera de Terapia Física, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto del 2016

LA TUTORA

Lcda.Mg. Ortiz Villalba Paola Gabriela

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico sobre: “PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL A CAUSA DE UNA HIPOXIA FETAL”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta de esquema de tratamiento son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Agosto del 2016

EL AUTOR

.....
Delgado Valencia Lenin Abraham

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 2016

EL AUTOR

.....
Delgado Valencia Lénin Abraham

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de caso clínico sobre el tema: “PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL HIPÓTONICA A CAUSA DE UNA HIPÓXIA FETAL”, de Lénin Abraham Delgado Valencia, estudiante de la Carrera de Terapia Física.

Ambato, Noviembre del 2016

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi madre Mercedes Delgado y Jorge Fiallos por apoyarme constantemente, motivarme y aconsejarme para poder continuar haciendo las cosas de la mejor manera y poder convertirme en una persona de bien que pueda enfrentar todo los retos que te pone la vida tomándolos como una oportunidad y no como un obstáculo.

A mi familia, amigos y todas las personas que formaron parte de mi vida Universitaria porque cada uno de alguna forma me enseñaron a ser mejor y superarse cada vez más.

Delgado Valencia Lénin Abraham.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento primeramente a Dios que me ha dado la oportunidad de poder llegar a terminar mi Carrera Universitaria con bien y rodeado del apoyo de mi familia y buenas personas que me han motivado a continuar y superarme constantemente. A la Universidad Técnica de Ambato y a la Facultad de Ciencias de la Salud por los conocimientos, vivencias y experiencias transmitidas, a mis maestros quienes influyeron con sus enseñanzas a formarme como un profesional de bien.

A mi madre quien me ha apoyado no solo durante la carrera sino durante toda la vida y a quien siempre quiero demostrarle mi agradecimiento haciéndola sentir muy orgullosa de mis logros porque es una gran motivación para mí.

Un agradecimiento especial a la Fundación Una Luz en tu vida por la colaboración brindada hacia mi persona para el desarrollo del presente análisis de caso clínico.

A mi Tutora la Lcda. Mg Ortiz Villalba Paola Gabriela por guiarme de la mejor manera en el desarrollo de mi trabajo logrando finalizarlo en las mejores condiciones.

A mi familia y amigos que siempre me estuvieron apoyando y aconsejándome y a alguien muy especial e importante que me motivo a continuar hacia adelante en esta Carrera y durante la misma me ha apoyado y me ha ayudado en todo para poder llegar con éxito hasta este momento.

Lénin Abraham Delgado Valencia.

ÍNDICE GENERAL

A. PÁGINAS PRELIMINARES

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBRACIÓN 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
ESPECÍFICOS.....	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.....	7
DESARROLLO.....	8
DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO.....	8
DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	23
ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	25
IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRITICOS.....	27
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	33
PROPUESTA DEL TRATAMIENTO ALTERNATIVO.....	36
CONCLUSIONES.....	51

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
BIBLIOGRAFÍA.....	53
LINKOGRAFÍA.....	55
CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO.....	56
ANEXOS.....	57
ANEXO 1.....	58
ANEXO 2.....	62
ANEXO 3.....	64
ANEXO 4.....	65
ANEXO 5.....	67
ANEXO 6.....	68

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1: Registro de control infantil	10
TABLA N° 2: Registro de Vacunación	11
TABLA N° 3: Registro de control infantil.....	14
TABLA N°4: Programa Mensual de intervención Temprana.....	18
TABLA N°5: Programa Mensual de intervención Temprana.....	19
TABLA N°6: Programa Mensual de intervención Temprana.....	20
TABLA N° 7: Caracterización de las oportunidades de mejora.....	33
TABLA N° 8: Evaluación general-área terapia física, según clasificación internacional de discapacidad.....	36
TABLA N° 9: Valoración en decúbitos.....	37
TABLA N°10: Valoración por sistemas y áreas.....	38

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Posturas inhibidoras de reflejos patológicos.....	40
GRÁFICO 2: Estiramiento de posas iliaco y abdominales.....	41
GRÁFICO 3: Estiramiento de músculos isquiotibiales y cadena posterior.....	41
GRÁFICO 4: Movilizaciones pasivas.....	42
GRÁFICO 5: Facilitación del alineamiento de la cabeza y tronco.....	43
GRÁFICO 6: Estimulación de músculos paravertebrales.....	44
GRÁFICO 7: Patrones de movimiento para miembro inferior.....	46
GRÁFICO 8: Facilitación de las reacciones de equilibrio.....	47
GRÁFICO 9: Ejercicios de balanceo con el paciente sentado en el balón Bobath...47	
GRÁFICO 10: Ejercicios de Facilitación.....	48
GRÁFICO 11: Colocación del paciente en bipedestación.....	50

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

“PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL HIPOTÓNICA A CAUSA DE UNA HIPOXIA FETAL”

Autor: Delgado Valencia Lénin Abraham

Tutora: Lcda.Mg Ortiz Villalba Paola Gabriela

Fecha: Agosto del 2016

II. RESUMEN

En el presente caso clínico titulado “PARALISIS CEREBRAL INFANTIL HIPOTÓNICA A CAUSA DE UNA HIPOXIA FETAL”, nos vamos a referir al caso de un niño de 6 años de edad de sexo masculino nacido en la ciudad de Ambato de nacionalidad Ecuatoriana, raza mestiza. Con antecedentes patológicos personales de: complicación en el nacimiento; Hipoxia fetal e Hiperbilirrubinemia severa, debido a una mala práctica médica realizada en un clínica privada; en donde la madre del paciente permaneció por un lapso de 18 horas en trabajo de parto provocando que se den complicaciones desencadenando en una Parálisis Cerebral en el niño, la misma que fué confirmada mediante evaluaciones por médico especialista, estudios de laboratorio y de imagen respectivamente realizados en una clínica privada a la que fue remitido el paciente en la ciudad de Quito, esta patología acarreó graves problemas en el desarrollo psicomotor del niño quien además a lo largo de su vida ha presentado complicaciones respiratorias que han derivado en casos de Neumonía que no han permitido que el paciente mantenga una regularidad en el tratamiento de fisioterapia.

Cabe mencionar que la familia del paciente no cuenta con recursos económicos suficientes por lo que ha tenido que recurrir a ayudas de fundaciones y de la Misión solidaria Manuela Espejo.

PALABRAS CLAVES: PARALISIS_CEREBRAL, HIPOXIA_FETAL, HIPERBILIRRUBINEMIA, PSICOMOTOR

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CAREER OF PHYSICAL THERAPY

“CEREBRAL PALSY HYPOTONIC BECAUSE OF FETAL HYPOXIA”

Author: Delgado Valencia Lenin Abraham.

Tutor: Lcda.Mg Ortiz Villalba Paola Gabriela

Date: August 2016

ABSTRACT:

In this case report entitled "CEREBRAL PALSY CHILDREN HYPOTONIC BECAUSE OF A FETAL HYPOXIA" we will refer to the case of a 6-year-old male born in the city of Ambato Ecuadorian nationality, mixed race. Personal medical history: complication at birth; fetal hypoxia and severe hyperbilirubinemia due to medical malpractice conducted in a private clinic; where the patient's mother remained for a period of 18 hours labor causing complications den triggering a cerebral palsy in children, the same as was confirmed by assessments by specialist physician, laboratory tests and imaging respectively made in a private clinic to which was referred the patient in the city of Quito, this condition had serious problems in the psychomotor development of children who also throughout his life has presented respiratory complications that have resulted in cases of pneumonia that have not allowed the patient to maintain a regularity in physiotherapy treatment.

It is noteworthy that the patient's family does not have sufficient financial resources and has therefore had to rely on grants from foundations and Manuela Espejo Solidarity Mission.

KEYWORDS: CEREBRAL_PALSY, FETAL_HYPOXIA,
HYPERBILIRUBINEMIA, PSYCHOMOTOR

IV. INTRODUCCIÓN

La motivación para realizar el análisis del presente caso clínico es enfatizar los factores de riesgo que pueden conducir a complicaciones en el embarazo trayendo como consecuencia una parálisis cerebral infantil un grupo de daños motores debido a lesiones en el sistema nervioso central en las etapas de desarrollo, estos daños pueden ser no progresivos pero si cambiantes, causando discapacidad, esta patología tiene como población vulnerable a los recién nacidos.

El presente caso de Parálisis Cerebral Infantil Hipotónica a causa de una Hipoxia Fetal ha sido seleccionado por tratarse de una patología que afecta a poblaciones preferentemente de bajos recursos debido a que los padres desconocen de los factores de riesgo a los cuales se quiere dar importancia en este análisis de caso clínico. Además al tratarse de una patología de síntomas importantes y que requieren de un manejo especial en todos los campos de la salud los fisioterapeutas que somos los que entablamos una relación más cercana con el paciente debemos mejorar la calidad de vida en este tipo de pacientes aplicando el tratamiento más efectivo e identificando que factores pueden provocar complicaciones durante el tratamiento fisioterapéutico.

En el siguiente análisis de caso clínico se describe el tipo de atención médica que recibió el paciente durante el progreso de su enfermedad además permite valorar los procedimientos realizados durante el programa de rehabilitación así como las dificultades que ha tenido el paciente para cumplir con el tratamiento fisioterapéutico.

Los principales parámetros de análisis es de tipo prevenible ya que de haber tomado ciertas precauciones al momento de los controles médicos durante el embarazo y el parto era posible evitar las complicaciones que el paciente presenta hoy en día, es de

interés público ya que la parálisis cerebral infantil afecta a una gran población de recién nacidos debido a problemas: prenatales, postnatales y perinatales.

Existe un gran impacto económico en los padres del paciente, cabe manifestar que aparte de los gastos personales por parte de los padres ha sido necesario ayuda de instituciones las cuales han conseguido ayudar en parte los fuertes gastos médicos del niño.

El presente caso relata a un paciente de 6 años de edad, con Parálisis Cerebral Infantil, quien en los últimos años se ha estado realizando rehabilitación física en una Fundación sin fines de lucro de la ciudad de Quero, el niño depende de la madre para movilizarse a los distintos lugares, suele presentar otras complicaciones de salud que en algunas ocasiones le han impedido mantener una continuidad en las sesiones de Fisioterapia.

TEMA

“PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL HIPOTÓNICA A CAUSA DE UNA HIPOXIA FETAL”.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar los puntos críticos que provocaron la Parálisis Cerebral Infantil Hipotónica mediante la recopilación e investigación de información del paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los factores de riesgo que influyeron en la aparición de la Parálisis Cerebral Infantil a causa de la hipoxia fetal.
- Detallar los puntos críticos que se dieron en el desarrollo de este caso para identificar las oportunidades de mejora del paciente.
- Proponer una intervención fisioterapéutica que permita mejorar la calidad de vida del niño con Parálisis Cerebral.

V. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACION DISPONIBLES:

IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACION DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE:

Para la recopilación de la información nos enfocamos en los datos obtenidos mediante las respectivas historias clínicas del paciente, las cuales fueron adquiridas en los respectivos establecimientos de salud.

Bitácora de control: Se pudo obtener acceso a la Bitácora de control en entrevista realizada a la representante del paciente donde se encontró información detallada cronológicamente de las consultas médicas del paciente así como registro de asistencia a unidades de fisioterapia, tratamientos, certificaciones médicas sobre asistencias a consultas e información de exámenes complementarios.

Historia clínica 1: Se pudo obtener acceso a la historia clínica de una Fundación sin fines de lucro del cantón Quero al que asistió el paciente a realizar rehabilitación física, encontramos información sobre tratamiento en el área de fisioterapia y trabajo en el área psicológica, además de información diagnóstica por parte de un Hospital Público de la ciudad de Ambato sobre el diagnóstico que se le dio al paciente durante los primeros años de vida con respecto a la patología y complicaciones que presenta actualmente, así mismo se encontró información de exámenes complementarios como Electroencefalogramas, Evaluación de potenciales evocados auditivos y resonancia magnética.

Historia clínica 2: Se tuvo acceso a la historia clínica de un Centro de Salud del cantón Quero donde encontramos información sobre evaluaciones médicas de control realizadas al paciente desde sus primeros años de vida, certificados médicos,

exámenes como electroencefalogramas, exámenes de sangre, así mismo encontramos fichas de trabajo en el área de estimulación temprana y fisioterapia.

ANTECEDENTES PERSONALES:

PRENATAL:

Producto de la Tercera Gesta, madre de 38 años.

Exámenes médicos: Sin complicaciones, todos los controles completos sin patología aparente.

NATAL:

Producto de embarazo de 36 semanas, nace por parto distócico, con complicaciones, al momento del nacimiento no presenta llanto y muestra tinte cianótico (signo de hipoxia).

Peso: 2400 gramos

APGAR Inicial: 2

POSNATAL:

Esquema de vacunación completo según referencia de su madre, desarrollo psicomotriz anormal.

Hiperbilirrubinemia severa.

Neumonía

Quirúrgicos: No

Traumatismos: No

Transfusiones: Si

Inmunizaciones: Si

Intoxicaciones: No

Alergias: A la lana

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre: No presenta

Madre: No presenta

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

REALIZADOS EN UNA CLÍNICA PRIVADA DE LA CIUDAD DE QUITO:

LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGIA: Estimulo 75, 80, 85, 90,95 y 103 dB.

OI: sin respuesta

OD: sin respuesta

Alteraciones sonoras de la transmisión auditiva en ambos oídos, no se altera respuesta ni con estímulos hasta 103 dB. (09-12-2009)

ELECTROENCEFALOGRAMA: Con desorganización basal lento difuso, con patrón hipsoarrítmico. (14-12-2009)

RESONANCIA MAGNÉTICA SIMPLE DE CEREBRO: Espacio subaracnoideo prominente con signos de cambio evolutivo corticales y centro de predominio

izquierdo. Retraso en el proceso de mielinización. Hipoplasia del cuerpo calloso. Interface adecuada de las sustancias gris y blanca. (07-05-2010)

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: Ausencia de respuesta auditiva periférica y central bilateral hasta 100 dB. (12-07-2010)

DG DE NEUROPEDIATRA: Síndrome de West, Encefalopatía fija no evolutiva.

IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACION DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE:

Primeramente se realizó una entrevista al representante del paciente sobre cómo se inició y fue progresando la patología, así mismo se analizó los distintos procedimientos que se le realizaron al paciente por parte del área de salud donde se pudo obtener información importante de sucesos relevantes en la evolución del paciente, luego se realizó un examen físico general con la finalidad de valorar fuerza, tono muscular y movilidad articular lo que nos permite establecer el punto de partida del tratamiento de acuerdo al estado actual del paciente.

Se habló con el representante del paciente donde se le explico el tipo de patología que tenía el paciente, de las complicaciones que se pueden dar y como puede ayudar el tratamiento fisioterapéutico a prevenirlas.

Además se realizaron entrevistas a profesionales que prestaron sus servicios al paciente con la finalidad de obtener información sobre puntos de vista, manejo y evolución de la patología.

VI. DESARROLLO:

DESCRIPCIÓN CRONOLOGICA DETALLADA:

En el presente caso nos vamos a referir a un paciente con diagnóstico de Parálisis Cerebral Hipotónica, de 6 años de edad de sexo masculino nacido en la ciudad de Ambato el 14 de Noviembre del 2009 residente en el cantón Quero de nacionalidad Ecuatoriana, raza mestiza. Con antecedentes patológicos personales de: complicación en el nacimiento; Hipoxia fetal e Hiperbilirrubinemia severa que requirió transfusión al tercer día de nacido, además de presentar complicaciones respiratorias que han derivado en casos de Neumonía que no han permitido que el paciente mantenga una regularidad en el tratamiento de fisioterapia, no presenta antecedentes patológicos familiares.

La madre del paciente actualmente de 44 años de edad manifiesta que a los 38 años durante el embarazo de su tercer hijo no existía ningún tipo de problema en los controles prenatales que se había realizado, estos habían sido completos. Llevaba 36 semanas de embarazo y el día que iniciaron las labores de parto, la señora acudió a la Clínica Privada de la ciudad de Ambato el día 13 de noviembre del 2009 donde el médico tratante le señaló que aún no era el momento de dar a luz haciéndole permanecer por un lapso de 18 horas en trabajo de parto, cabe señalar que a la señora ya se le había roto la fuente y por lo tanto necesitaba que el parto se atiende lo más pronto posible lo cual no ocurrió. El paciente nace el día 14 de Noviembre del 2009, con un peso de 2400 gramos, coloración morada en la piel además no hubo llanto durante los 5 primeros minutos de haber nacido y el APGAR inicial fue de 2.

Es así que 12 horas después del nacimiento es trasladado al Hospital Público de la ciudad de Ambato por presentar Ictericia, Hiperbilirrubinemia severa e Insuficiencia Respiratoria; recibe transfusión sanguínea al 3er día de haber nacido y permanece

por 1 mes en la termocuna luego se realizó la transferencia oportuna del paciente a una unidad médica de tercer nivel en la ciudad de Quito para realizarle los siguientes estudios:

LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGIA: Estimulo 75, 80, 85, 90,95 y 103 dB

OI: sin respuesta

OD: sin respuesta

Alteraciones sonoras de la transmisión auditiva en ambos oídos, no se altera respuesta ni con estímulos hasta 103 dB. (09-12-2009)

ELECTROENCEFALOGRAMA: Con desorganización basal lento difuso, con patrón hipsoarrítmico. (14-12-2009)

Luego de habersele realizado los estudios complementarios el diagnóstico que se le dio en el Hospital Regional de la ciudad de Ambato fue:

DG DE NEUROPEDIATRA: Síndrome de West y Encefalopatía fija no evolutiva.

Del 26 de Enero al 10 de Noviembre del 2010 el paciente acudió a realizarse controles médicos y a recibir las vacunas en el Centro de Salud Tipo C del cantón Quero.

TABLA N° 1: Registro de control infantil

DESARROLLO PSICOMOTRIZ	PERÍMETRO CEFALICO (cm)	TALLA (cm)	PESO (Kg)	EDAD	FECHA
R	36	53	3,6	2 meses 13 días	26/01/2010
R	39	56	4,4	3 meses	12/03/2010
R	39,3	57	4,8	4 meses 29 días	13/04/2010
R	41	58,5	6	6 meses	27/05/2010
R	41,6	61,5	6,6	7 meses 50 días	30/06/2010
R	43,4	62,2	6,9	8 meses	09/08/2010
R	43,6	64,8	7,3	9 meses	09/09/2010
R	44,3	69	7,7	11 meses	10/11/2010

Fuente: Centro de Salud Tipo C del Cantón Quero.

Elaborado por: Lénin Abraham Delgado Valencia.

TABLA N° 2: Registro de Vacunación

VACUNAS (DOSIS)	B.C.G	PENTAVALENTE	ANTIPOLIO	ANTISARAM	OTRAS
1RA	26/01/2010	27/01/2010	27/01/2010	13/11/2010	
2DA		26/03/2010	26/03/2010		
3ERA		27/05/2010	27/05/2010		
1ERA REVAC.			11/10/2011		
2DA REVAC.					Varicela 22/06/2011
3ERA REVAC.					

Fuente: Centro de Salud Tipo C del Cantón Quero.

Elaborado por: Lénin Abraham Delgado Valencia.

En Febrero del 2010 inicia el trabajo de rehabilitación física en el Hospital público de la ciudad de Ambato por un mes tiempo en el que se trabajó Facilitación Neuromuscular Propioceptiva y la técnica de Bobath, las sesiones se realizaban todos los días de la semana, la duración era de 5 a 8 minutos el tratamiento fue abandonado al no presentar ninguna mejoría.

En Marzo del 2010 el paciente recibió tratamiento fisioterapéutico particular por 2 meses, las sesiones eran 3 veces a la semana y el tratamiento que se le realizó fue Facilitación Neuromuscular Propioceptiva.

El 6 de Mayo del 2010 la madre del paciente acude al área de fisioterapia de una Fundación sin fines de lucro del Cantón Quero en la historia clínica consta lo siguiente: Madre acude con niño de cuatro meses, manifiesta que tuvo un embarazo normal, a los 3 días le hicieron una transfusión sanguínea. Impresión Diagnóstica: Hipoacusia más PCI; niño no se mueve, no mantiene control cefálico, ausencia de reflejos. El tratamiento que se le prescribió fue: Trabajar para mejorar control cefálico, cambio de postura y giros, el tratamiento era realizado 4 veces por semana por un tiempo de 30 minutos.

La madre del paciente acude a realizar chequeos médicos de control al niño al Hospital público de la ciudad de Ambato donde es remitido a una Clínica privada de la ciudad de Quito para realizarle los siguientes exámenes de control:

RESONANCIA MAGNÉTICA SIMPLE DE CEREBRO: Espacio subaracnoideo prominente con signos de cambio evolutivo corticales y centro de predominio izquierdo. Retraso en el proceso de mielinización. Hipoplasia del cuerpo calloso. Interface adecuada de las sustancias gris y blanca. (07-05-2010)

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS: Ausencia de respuesta auditiva periférica y central bilateral hasta 100 dB. (12-07-2010).

Se continuó realizando fisioterapia en la Fundación sin fines de lucro del cantón Quero, el tratamiento encontrado en la ficha de seguimiento fue:

- Facilitación Neuromuscular Propioceptiva

- Balneoterapia
- Técnica de Bobath
- Estimulación de giros y transferencias
- Estimulación a posición sentado
- Control cefálico
- Movilidad Activa asistida

El seguimiento de control de la fecha 10 de Enero del 2011 nos dice lo siguiente: Madre manifiesta que el niño se mueve un poco más, incremento de fuerza en el cuello y miembros superiores.

Además se trabajó en el área de Psicología lo siguiente:

- Estimulación neurológica sensorial
- Estimulación neuropsicológica sensorial
- Desarrollo psicomotriz
- Desarrollo de sensibilidad de órganos sensoriales

El 19 de Abril del 2011 el paciente acude a realizarse un chequeo en el Hospital público de la ciudad de Ambato al servicio de pediatría el diagnóstico que se le dio por parte del médico tratante fue: Síndrome de West, Encefalopatía fija no evolutiva.

Del 25 de Octubre del 2011 al 17 de Abril del 2012 el paciente acudió a realizarse controles médicos en un Centro de Salud del cantón Quero.

TABLA N° 3: Registro de control infantil.

DIAGNÓSTICO	DESARROLLO PSICOMOTRIZ	TALLA (cm)	PESO (Kg)	EDAD	FECHA
PCI	R	69	7,28	1 año	15/11/2010
PCI	PCI	73	7,6	1 año 10 meses	25/10/2011
PCI	PCI	73	8,3	2 años	14/12/2011
	PCI	73	8,3	2 años 1 mes	03/01/2012
	PCI	74	8,2	2 años 2 meses	19/02/2012
BRONQUITIS	PCI	74	8,2	2 años 2 meses	29/02/2012
PCI	PCI	74,3	8,4	2 años 4 meses	20/03/2012
	PCI	74,4	8,4	2 años 5 meses	17/04/2012

Fuente: Centro de Salud Tipo C del Cantón Quero.

Elaborado por: Lénin Abraham Delgado Valencia.

El 19 de Febrero del 2012 el paciente es internado en el Centro de Salud del cantón Quero por presentar Bronquitis y el 21 de Marzo del mismo año recibe el alta, debido a este cuadro de Bronquitis tuvo que suspender el tratamiento de Fisioterapia por 1 mes.

En el año 2012 de acuerdo a la ficha de seguimiento de la Fundación sin fines de lucro del cantón Quero la madre manifiesta que su hijo ha evolucionado notablemente, hay una mayor movilidad de miembros superiores e inferiores y existe un mejor control cefálico, en lo referente al tono muscular el paciente tiene una Hipotonía y también consta en el seguimiento que sigue a los estímulos gracias a la ayuda de audífonos girando de un lado al otro.

El 22 de Septiembre del 2012 encontramos en la ficha de seguimiento de la Fundación sin fines de lucro del cantón Quero los siguientes progresos:

Niño de 2 años 9 meses tiene un mejor control cefálico, presenta mejor movilidad en su cuerpo e intenta cambiar de posición de un lado a otro.

Para el 27 de Febrero del 2013 el progreso encontrado fue: un control cefálico más mantenido además se seguir estímulos visuales.

El tratamiento era el siguiente:

PSICOLOGIA:

- Estimulación neurológica sensorial
- Estimulación neuropsicológica sensorial
- Desarrollo psicomotriz
- Desarrollo de sensibilidad de órganos sensoriales

TERAPIA FÍSICA:

- Facilitación Neuromuscular Propioceptiva
- Técnica de Bobath
- Control cefálico
- Estimulación de giros
- Estimulación a posición cuatro puntos
- Estimulación a gateo

El 18 de Noviembre del 2013 el paciente recibe de parte de la Dirección Distrital de Salud un certificado de discapacidad a causa de Parálisis Cerebral en el que consta que se beneficiaría con ayuda técnica de un Brace Bilateral con Cinturón Pélvico con Extensión Tylor número 3.

El 19 de Noviembre del 2013 el paciente acude a consulta de Neuropediatría en el Hospital público de la ciudad de Ambato, el diagnóstico dado por parte del médico tratante fue: Parálisis Cerebral Infantil Espástica Severa y Síndrome de West, además se indicó que el niño requiere aparato ortopédico para prevenir deformidades.

El 25 de Noviembre del 2013 el paciente acude a la Unidad Educativa Especializada de la ciudad de Ambato donde recibió tratamiento en terapia ocupacional por 1 mes, se le dio el diagnóstico de PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL ATETOIDE, recibió un programa de estimulación temprana, recibió un certificado en el que consta que necesita de un Brace bilateral con cinturón pélvico con extensión Tylor número 3 ya que ayudara a prevenir discapacidad motora. Esta órtesis fue utilizada por 7 meses pero el paciente dejó de usarla debido al crecimiento de su cuerpo.

En Febrero del 2014 el tratamiento de fisioterapia en una Fundación sin fines de lucro del cantón Quero se suspendió debido a cambios administrativos dentro de ese establecimiento estuvo sin recibir pacientes.

El 10 de Junio del 2014 el paciente acude al Centro de Salud del cantón Quero al área de Fisioterapia para recibir 20 sesiones, el tratamiento consistió en Facilitación Neuromuscular Propioceptiva las sesiones eran 4 veces por semana con una duración de 20 minutos. Además acudió al área de Estimulación Temprana en la que se detallan las fichas de control:

TABLA N°4: Programa Mensual de intervención Temprana

Edad: 3 a 6 Meses

Desde: 25 hasta 28 de junio del 2014.

Acariciar las manos del bebe con diferentes texturas	Demostrar afecto a través de la música	Mantener la cabeza firme para moverla en diferentes direcciones	Extender las manos para agarrar un juguete	Estimular el balbuceo	OBJETIVO
brindar diferentes texturas, suaves, duras, ásperas para que el bebe las sienta en sus manos	cantar la canción yo tengo una mamá	Colocar al bebe sobre un rodillo y realizar movimientos de adelante hacia atrás	Colocar al bebe en una posición y cómoda y mostrarle varios juguetes para que los agarre con una y luego ambas manos	Mostrar una tarjeta con una imagen de una mamá y decirle mamamá mamamá para que lo imite	ACTIVIDAD
Cognitivo	Socioafectivo	Motricidad gruesa	Motricidad fina	Lenguaje	AMBITO DE DESARROLLO
Guirnaldas, cubos pequeños, pelotas	Títeres, rodillo	Títeres, rodillo	Juguetes fácil manipulación	Tarjeta de mamá	MATERIALES
					NO LOGRO
					EN PROCESO
					LOGRO

Fuente: Centro de Salud Tipo C del Cantón Quero.

Elaborado por: Delgado Valencia Lenin Abraham.

TABLA N°5: Programa Mensual de intervención Temprana

Desde: 1 hasta 4 de Julio del 2014.

Estimular el reconocimiento de la textura suave	Estimular la seguridad y autoestima del niño	Conocer diferentes posibilidades de movimiento	Estimular el agarre de objetos de diferentes formas	Estimular el balbuceo	OBJETIVO
Brindar una plastilina para que el niño sienta con sus manos y mientras la manipula decirle esto es suave, para que de esta manera conozca la textura suave	Saludar amistosamente al niño, decirle que está muy guapo y en todo momento mostrarle empatía	Colocar al bebe dentro del cilindro y balancear suavemente de un lado hacia el otro, posteriormente con mucho cuidado hacer que gire boca abajo y viceversa	Colocar al bebe en una posición cómoda y brindarle objetos de fácil manipulación para que el abra su mano y los agarre adaptándose a su forma	Mostrar una tarjeta con imagen de papa y decirle para papapapa para que observe el movimiento de la boca y trate de imitar	ACTIVIDAD
Cognitivo	Socioafectivo	Motricidad gruesa	Motricidad fina	Lenguaje	AMBITO DE DESARROLLO
plastilina	recurso humano	cilindro	juguetes pequeños de diferentes formas	tarjeta de papá	MATERIALES
					NO LOGRO
					EN PROCESO
					LOGRO

Fuente: Centro de Salud Tipo C del Cantón Quero.

Elaborado por: Delgado Valencia Lénin Abraham.

TABLA N°6: Programa Mensual de intervención Temprana

Desde: 8 hasta el 12 de Julio del 2014.

OBJETIVO	Estimular la seguridad en el niño	Estimular el balbuceo	Conocer la textura dura	Conocer diferentes posibilidades de movimiento	Asir objetos moldeables para abrir y cerrar las manos
ACTIVIDAD	Desde la llegada del niño hacer que se sienta seguro, diciéndole palabras de afecto como bienvenido, que lindo estas, lo haces muy bien	Mostrarle una imagen con una mamá, permitirle que fije su mirada en ella, luego decir mamamama, procurando que observe el movimiento de la boca	Brindar diferentes objetos para que los tome y sienta su dureza	Colocarle dentro del cilindro y balancear de un lado hacia el otro, luego ayudarlo a girar, de esta manera para que sienta que puede moverse	Proporcionarle plastilina con textura para que sienta la tome abriendo y cerrando su manito
AMBITO DE DESARROLLO	socioafectivo	lenguaje	cognitivo	motricidad gruesa	motricidad fina
MATERIALES	Recurso humano	Tarjeta de mamá	Cubos de madera	Cilindro	Plastilina con textura
NO LOGRO					
EN PROCESO					
LOGRO					

Fuente: Centro de Salud Tipo C del Cantón Quero.

Elaborado por: Delgado Valencia Lenin Abraham

El 23 de Diciembre del 2014 el niño fue llevado al Centro de Salud del cantón Quero para realizarse Chequeos Médicos de control, el motivo de consulta fue ronquido en la garganta, en el examen físico realizado consta lo siguiente:

- Paciente pálido, poca secreción más leve obstrucción nasal.
- Piel pálida: lesiones eritematosas.
- Ojos: disminución visual
- Oídos: Hipoacusia
- Cardiopulmonar: normal
- Abdomen suave depresible, no doloroso.
- Desarrollo Psicomotor: Retardo grave.

Diagnóstico: síndrome gripal, dermatitis viral, síndrome de West G=808, anemia y caquexia.

TRATAMIENTO:

- Limpieza nasal
- Paracetamol
- Estimulación y continuar con la rehabilitación física.

El 21 de Febrero del 2015 el niño es llevado a consulta médica en el Centro de Salud del cantón Quero por presentar tos severa más ronquera. Se continuó realizando chequeos médicos de control en esta casa de salud.

El 29 de Julio del 2015 el niño fue ingresado al Hospital público de la ciudad de Ambato al área de pediatría por presentar Neumonía, se le aplicó antibióticos Intravenosos hasta el 31 de Agosto del 2015 cuando fue dado de alta.

El 10 de Octubre del 2015 el niño fue ingresado al área de pediatría del Hospital Público de la ciudad de Ambato por Neumonía, el 30 de Octubre fue dado de alta.

El 19 de Enero del 2016 al tener conocimiento la madre del paciente que la Fundación sin fines de lucro del cantón Quero volvió a atender pacientes, el niño fue llevado a recibir sesiones de fisioterapia, debido al estado en el que se encontró el tono muscular de acuerdo a la evaluación de fisioterapia que se le realizó se le trato con el diagnóstico de Parálisis Cerebral Infantil Hipotónica refiriéndose al estado en que se encuentra el tono muscular, el paciente ha continuado regularmente con la fisioterapia hasta el 22 de Marzo del 2016 ya que se tuvo que interrumpir la rehabilitación debido a que fue ingresado al Hospital público de la ciudad de Ambato por presentar Neumonía y fue dado el alta el 28 de Marzo del 2016.

El 5 de Mayo el niño fue llevado al Centro de Salud del cantón Quero para realizar control de cuadro de Bronco Neumonía post hospitalización de la misma forma acudió el 6 de Mayo a un Hospital público de la ciudad de Ambato para realizar el mismo chequeo de control.

El paciente luego de recibir el alta ha continuado realizando fisioterapia en la Fundación sin fines de lucro del cantón Quero.

Cabe señalar que desde hace 2 años el paciente recibe colaboración de la Misión solidaria Manuela Espejo la cual es parte de una investigación social y clínica para estudiar y registrar georeferencialmente a todas las personas con discapacidad y así conocer con exactitud quiénes son, cuántos son, dónde están, cómo están y que necesitan todas y cada una de las personas con discapacidad que habitan el territorio ecuatoriano.

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO:

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS:

NATAL:

Producto de embarazo de 36 semanas, nace por parto distócico, con complicaciones, al momento del nacimiento no presenta llanto y muestra tinte cianótico (signo de hipoxia).

Peso: 2400 gramos

APGAR Inicial: 2

POSNATAL:

No presenta llanto y muestra tinte cianótico (signo de hipoxia)

Desarrollo psicomotriz anormal.

Hiperbilirrubinemia severa

Neumonía

Transfusiones: Si

Inmunizaciones: Si

Alergias: A la lana

FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES:

La madre del paciente trabaja en el campo y mantiene contacto con productos químicos que usan sin medidas de precaución.

El domicilio del paciente se encuentra en un sector agrícola de difícil acceso vehicular como para poder recibir atención médica oportuna en caso de emergencia.

El domicilio es pequeño, incompleto y frío lo que puede incrementar las probabilidades de adquirir enfermedades respiratorias.

FACTOR DE RIESGO PSICOLÓGICO:

No

FACTORES DE RIESGO SOCIAL:

Economía: La familia es de escasos recursos por ende actualmente se encuentra recibiendo ayuda de la Misión Solidaria Manuela Espejo y la fisioterapia la recibe de la fundación sin fines de lucro del cantón Quero.

El domicilio se encuentra en un lugar alejado de la ciudad.

FACTORES DE RIESGO LIGADOS AL ESTILO DE VIDA

La familia trabaja en labores agrícolas con productos químicos en el campo lo cual representa un riesgo para la salud del niño actualmente y además pudo haber provocado que se den problemas al momento del nacimiento.

La madre del paciente refiere que el niño solo puede ingerir alimentos licuados por presentar problemas de masticación para digerir los alimentos, debido al retraso en el desarrollo psicomotriz, además presenta una desnutrición, sus hábitos alimenticios son:

- Desayuno: Jugos naturales, huevo, pan (mojado).
- Almuerzo: cremas de verduras, frutas, sopas de verduras, pollo licuado.
- Merienda: Aguas aromáticas, pollo licuado, pan.

FACTORES RELACIONADOS CON EL SERVICIO DE SALUD

OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE LA CONSULTA:

El día del alumbramiento la señora acudió a la Clínica privada de la ciudad de Ambato donde el médico tratante le señaló que aún no era el momento de dar a luz haciéndole permanecer por un lapso de 18 horas a la espera, cabe señalar que a la señora ya se le había roto la fuente y por lo tanto necesitaba que el parto se atiende lo más pronto posible lo cual no ocurrió debido a esto el niño tuvo problemas en el nacimiento ya que la atención no fue oportuna.

Luego es trasladado al Hospital público de la ciudad de Ambato donde la atención fue rápida ya que necesitaba de una transfusión sanguínea y fue colocado en la termocuna por un mes, en esta casa de salud la atención ha sido regular en lo referente a trámites y tiempo de espera para solicitar atención médica.

En la Fundación sin fines de lucro del cantón Quero se dieron las facilidades necesarias para recibir el tratamiento de fisioterapia y hubo una buena atención profesional.

En el Centro de Salud del cantón Quero existe dificultad para tener oportunidad de consulta ya que la madre del paciente manifiesta que es complicado sacar el turno respectivo y en algunas veces ha preferido hacer uso de la salud privada en la ciudad de Pelileo y en la ciudad de Ambato.

ACCESO:

El paciente habita en una zona rural, alejada de los entes de salud por lo cual resulta dificultoso acceder a tiempo a casas de salud ubicadas en el centro del cantón Quero.

En cuando al acceso de orden público ha tenido dificultades para poder acceder a turnos de consultas médicas en las entidades de salud Públicas, situación diferente ha sido en las entidades privadas el único problema fue en la clínica donde dio a luz a su hijo ya que no hubo un procedimiento adecuado en la atención médica.

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN:

- Clínica Privada: no fué adecuada y se le hizo esperar demasiado tiempo a la señora que necesitaba una atención médica inmediata.
- Hospital de la ciudad de Ambato: La atención fué rápida ya que necesitaba de una transfusión sanguínea y debía ser colocado en la termocuna por un mes, en esta casa de salud la atención ha sido oportuna y la madre del niño lo lleva a chequeos médicos de control hasta la actualidad.
- La fisioterapia realizada en el área de rehabilitación del Hospital: no fué tan eficiente debido al corto tiempo empleado en el niño debido a la gran demanda de pacientes por lo que no hubo progresos notables.
- En la Fundación sin fines de lucro del cantón Quero la atención para recibir tratamiento fisioterapéutico ha sido oportuna obteniendo notables progresos en el control cefálico, postura y movilidad corporal según refiere la madre del paciente.
- En el Centro de salud del cantón Quero la atención médica fué de difícil acceso ya que la madre del paciente manifiesta que es complicado sacar el turno respectivo y en algunas veces ha preferido hacer uso de la salud privada en la ciudad de Pelileo y en la ciudad de Ambato.

OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN:

Para evaluar el estado del paciente, se realizaron remisiones a la ciudad de Quito a un hospital público y una clínica privada con la previa obtención de cita médica para que se le realicen las tomografías de control.

TRÁMITES ADMINISTRATIVOS:

Se realizan oportunamente aunque para dar una respuesta se demoran entre 3 o 4 días.

Para obtener la cita médica para los controles en Neuropediatria se dan oportunamente y en los lapsos de tiempo establecidos por el médico tratante.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

- **MAL MANEJO DE LA PACIENTE DURANTE LA LABOR DE PARTO.**

“Se recomienda que el personal de atención del trabajo de parto, parto y puerperio esté con la paciente todo el tiempo de su labor, brinde apoyo y acompañamiento adecuado a la embarazada; esto proporciona mayores beneficios que otros modelos médicos o de atención compartida, sin efectos adversos. La muerte fetal y neonatal general es similar en los diferentes modelos de atención”. (1) (2)

“Se recomienda que el personal capacitado para la atención del trabajo de parto, parto y puerperio acompañe y apoye a la embarazada de forma continua”. (3) (2)

“Se recomienda facilitar el acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección”. (4) (2)

“Se recomienda que las embarazadas en trabajo de parto sean tratadas con el máximo respeto y calidez, dispongan de toda la información acerca de sus opciones y estén implicadas en la toma de decisiones”. (4) (2)

“Se recomienda que el personal de salud que las atiende establezca una relación empática con las mujeres, pregunte por sus expectativas y por sus necesidades, para poder apoyarlas y orientarlas, siendo en todo momento conscientes de la importancia de su actitud, del tono de voz empleado, de las palabras utilizadas y de la forma en que se proporcionan los cuidados”. (4) (2)

- **NO SE REALIZARON VALORACIONES AL INGRESO DE LA PACIENTE EMBARAZADA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.**

“Valoración de la FCF: monitorización fetal electrónica continua (MFEC) y auscultación fetal intermitente (AFI)”. (2)

“Tanto la MFEC como la AFI son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto”. (2)

“Se recomienda valorar la frecuencia cardíaca fetal siempre al ingreso de la embarazada al establecimiento de salud”. (2)

- **FALTA DE PRECAUCIÓN DURANTE LAS PRIMERAS ETAPAS: FASE LATENTE, LA FASE ACTIVA Y SEGUNDA ETAPA (EXPULSIVO) DEL TRABAJO DE PARTO DEBIDO A INSISTENCIA POR PARTE DEL MÉDICO TRATANTE A QUE LA MADRE DÉ A LUZ DE LA FORMA NORMAL ESTANDO EN ESPERA POR 18 HORAS.**

FASE LATENTE

“La fase latente es el período del parto que transcurre entre el inicio de las contracciones uterinas regulares con modificación cervical hasta los 4 cm de dilatación”. (4) (2)

“La duración es de aproximadamente 6,4 horas en la nulípara y 4,8 horas en las multíparas”. (5) (2)

FASE ACTIVA

“La duración de la fase activa del parto puede establecerse de la siguiente manera:
En las primíparas: 1) El promedio de duración es de 8 horas. 2) Es poco probable que dure más de 18 horas.” (2)

En las multíparas:

“1) El promedio de duración es de 5 horas”. (2)

“2) Es poco probable que dure más de 12 horas”. (6) (7) (8) (9) (10) (2)

“Para mejor control recordar que está determinado que en la fase activa el progreso es de 1,1 cm/hora en las mujeres nulíparas y de 1,3 cm/hora en las multíparas”. (2)

“Se recomienda usar el promedio y límite de tiempo de la fase activa para:

- 1) Informar a las mujeres sobre la duración posible del parto
- 2) Detectar distocias, e indicar el momento en que obstetras, médicos de familia y médicos generales deben solicitar con la debida oportunidad la intervención del especialista en gineco-obstetricia en el mismo centro de asistencia o realizar la referencia del parto”. (2)

SEGUNDA ETAPA DEL PARTO (EXPULSIVO)

La duración normal del expulsivo depende de cada embarazada, y puede ser:

- “1) Hasta tres horas para nulíparas sin analgesia epidural”. (2)
- “2) Hasta cuatro horas para nulíparas con analgesia epidural”. (2)
- “3) Para multíparas sin analgesia epidural, hasta un máximo de dos horas”. (2)
- “4) Para multíparas con analgesia epidural, hasta tres horas”. (11) (2)

“Los riesgos de resultados adversos maternos y perinatales aumentan con una mayor duración de la segunda etapa del parto, en especial de más de tres horas en las mujeres nulíparas y más de dos horas en las multíparas”. (12) (2)

- **NO ESTUVO PRESENTE UN ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA/NEONATOLOGÍA.**

“Se recomienda siempre informar al especialista en pediatría/neonatología responsable del servicio de atención en el primer y segundo nivel de que se está atendiendo un parto. De no contar con especialista en el momento de atención, se debe informar a la red de atención y considerar siempre la posibilidad de requerir una referencia oportuna”. (2)

“Se recomienda que, en la sala de parto, se disponga de una cuna radiante precalentada, campos limpios precalentados para secar al RN y retirarlos inmediatamente después de usarlos”. (1) (5) (2)

- **NO SE REALIZÓ VALORACIÓN POR PARTE DE UN MÉDICO ESPECIALISTA SABIENDO QUE EL TRABAJO DE PARTO SE PROLONGÓ POR 18 HORAS.**

“Se recomienda valoración por el especialista siempre que el trabajo de parto en fase activa se prolongue más allá del promedio de 8 horas en la nulípara y 5 horas en la multípara”. (2)

“La decisión de intervenir ante una sospecha de prolongación de la primera etapa del parto se debe tomar en función del progreso de la dilatación y otros factores obstétricos, y no exclusivamente sobre la base de la duración. Esta decisión estará a cargo del especialista en ginecología y obstetricia”. (2)

- **RECURSOS ECONÓMICOS BAJOS.**

El aspecto económico ha sido uno de los principales obstáculos en la vida del paciente y los familiares ya que el ingreso económico es de 200 dólares mensuales aproximadamente y se necesita realizar compras de medicamentos, viajes fuera de la ciudad para la realización de chequeos médicos y exámenes por lo que la madre del paciente recibe ayuda desde hace 2 años de la Fundación Manuela Espejo, sin embargo la situación económica es complicada y no cubre del todo las necesidades del paciente.

“LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA (Codificación No. 2006-006)” (13)

“Art. 1.- 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”. (13)

“Art. 2.- 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”: (13)

- 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 de transmisión 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”. (13)

- 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-prematuras 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”. (13)

CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

TABLA N° 7: Caracterización de las oportunidades de mejora

PUNTO CRÍTICO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
<p>Mal manejo de la paciente durante la labor de parto</p>	<p>Niveles de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primer nivel: Centros de salud rural, Centro de salud urbano, Puestos de salud, Centros de salud de 24 horas. • Segundo nivel: Hospitales generales, Hospitales básicos. • Tercer nivel: hospitales de referencia nacional. <p>De acuerdo a la situación se categoriza a la paciente según la situación materno – fetal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primer, segundo y tercer nivel: diagnóstico y atención del trabajo de parto, parto y posparto sin complicaciones, parto eutócico. • Segundo nivel: diagnóstico y atención del trabajo de parto, parto y posparto con complicaciones, parto distócico. • Tercer nivel de atención: diagnóstico y atención del trabajo 	<p>Brindar a las embarazadas en trabajo de parto acompañamiento adecuado y un trato con el máximo respeto y calidez, ofreciendo toda la información acerca de sus opciones y así ellas puedan estar implicadas en la toma de decisiones.</p>

	de parto, parto y posparto que requiera intervención neonatal.	
No se realizaron valoraciones al ingreso de la embarazada al establecimiento de salud	<p>Protocolos de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar si la paciente se encuentra en trabajo de parto - Definir el tiempo que ha permanecido en trabajo de parto. - Investigar si existen o no factores de riesgo que pongan en peligro la salud de la madre y del feto. <p>1.- Existen factores de riesgo: Es necesario el ingreso a una entidad de salud de tercer nivel y se de una vigilancia estrecha de bienestar materno – fetal.</p> <p>2.- No existen factores de riesgo: Se indica una valoración del estado de salud materno – fetal por parte de sistemas de admisión diferida y seguimiento ambulatorio con vigilancia de signos de alarma.</p> <p>La admisión hospitalaria está indicada en pacientes con signos y síntomas de trabajo de parto (multíparas, vive lejos, área rural, otros).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Después del parto se debe valorar el estado del RN, determinar si necesita o no cuidados 	Valorar la frecuencia cardíaca fetal siempre al ingreso de la embarazada al establecimiento de salud.

	<p>neonatales y determinar el alta si la madre y el neonato no han presentado complicaciones.</p> <p>- Si se trata de un parto eutócico el alta se dará dentro de las primeras 48 horas, caso contrario dependerá de en estado de salud de la madre y el neonato.</p>	
Falta de precaución durante las primeras etapas: fase latente, la fase activa y segunda etapa (expulsivo) del trabajo de parto debido a insistencia por parte del médico tratante a que la madre dé a luz de la forma normal estando en espera por 18 horas	Tomar todas las precauciones pertinentes durante todas las etapas del trabajo de parto para evitar complicaciones en la madre e hijo.	Brindar una atención aplicando los protocolos y recomendaciones, actuar de forma inmediata al notar retrasos o problemas con el tiempo del parto si se llega a prolongar.
No estuvo presente un especialista en Pediatría/Neonatología.	Contar con la presencia de especialistas en pediatría/neonatología en todo el momento del trabajo de parto	Al momento de acceso de la paciente el equipo de salud especializado debe estar completo.
No se realizó valoración por parte de un médico especialista sabiendo que el trabajo de parto se prolongó por 18 horas	Realizar una valoración a la embarazada si el trabajo de parto se prolonga más allá del tiempo normal.	Cumplir con la valoración por parte de un especialista siempre que el trabajo de parto en fase activa se prolongue más allá del promedio de 8 horas en la nulípara y 5 horas en la multípara.
Recursos económicos bajos	Acudir a centros de salud gratuitos durante la etapa del embarazo, parto y crecimiento del recién nacido	Cumplir con la ley de maternidad gratuita de acuerdo a la Constitución del Ecuador.

Elaborado por: Lénin Abraham Delgado Valencia

PROPUESTA DEL TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Paciente de 6 años de edad se realiza la evaluación fisioterapéutica con la finalidad de encontrar las deficiencias y poder plantear un tratamiento con objetivos a corto, mediano y a largo plazo para así conseguir resultados satisfactorios.

TABLA N° 8: EVALUACIÓN GENERAL-ÁREA TERAPIA FÍSICA, SEGÚN CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE DISCAPACIDAD

EVALUACIÓN GENERAL-ÁREA TERAPIA FÍSICA, SEGÚN CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE DISCAPACIDAD Propuesto por la LICENCIADA MARIA BELÉN CAMINO, FISIOTERAPEUTA		
INFORMACIÓN GENERAL: N.N. Paciente de 6 años de edad, con diagnóstico de Parálisis Cerebral Infantil Hipotónica.		
FUNCIONES SOCIALES		FUNCIONES INDIVIDUALES
Factores Contextuales		Actividades
Internos		Intenta alcanzar objetos Sigue objetos con la mirada
Facilitadores	Barreras	
<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilo • Juega • Interactúa con el examinador 	Al desconocer a la gente ofrece resistencia a los movimientos pasivos Movimientos bruscos y descoordinados Control de esfínteres inadecuado para la edad del paciente por lo cual usa pañal de forma permanente No adopta posición bípeda	
Externos		Limitaciones
Facilitadores	Barreras	No habla, emite sonidos No controla la posición de la cabeza No se mantiene en posición cuadrúpeda No se mantiene en posición bípeda No hace carga activa en miembros inferiores Hipoacusia
<ul style="list-style-type: none"> • Núcleo familiar estable • Atención permanente y prioritaria por parte de los padres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos económicos bajos • Tendencia a desarrollar enfermedades respiratorias a repetición. • Vive en una 	

	zona rural	
Participación	Restricciones	
<ul style="list-style-type: none"> Juega e interactúa cuando el ambiente es tranquilo y en presencia de personas que conoce. 	<ul style="list-style-type: none"> Alimentación Autocuidado, higiene, vestido 	

Elaborado por: Lénin Abraham Delgado Valencia.

TABLA N° 9: Valoración en decúbitos

Supino	Motivo
<ul style="list-style-type: none"> Rotación del cuello sin control muscular Hombros normales, codo derecho en ligera flexión, pronación de antebrazos, dedos en flexión Caderas en rotación interna Pies en posición “equino varum” 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de coactivación de los músculos del cuello Falta de control activo selectivo y aislado de sus miembros superiores Falta de control activo y selectivo de miembros inferiores
Prono	Motivo
<ul style="list-style-type: none"> Adopta esta posición con ayuda La cabeza se debe rotar hacia un lado para evitar ahogo debido a la falta de fuerza Los hombros en abducción, codos flexionados, dedos en flexión Miembros inferiores sueltos 	<ul style="list-style-type: none"> Retraso motor, falta de fuerza, inestabilidad Falta de coactivación de los músculos del cuello Falta de coactivación de músculos de la escapula Falta de control activo y selectivo de miembros superiores e inferiores.
Sentado	Motivo
<ul style="list-style-type: none"> Cifosis Retroversión de la pelvis Cadera en flexión, rotación externa, abducción, rodillas en extensión. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de activación de músculos flexores y extensores de tronco Falta de coactivación de abdominales y paravertebrales; falta de control dinámico de la pelvis para establecer una base de soporte. Falta de control activo y selectivo de miembros inferiores
Bipedestación	Motivo
<ul style="list-style-type: none"> Adopta la posición bípeda con 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de control del tronco y la

<p>ayuda</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una vez adquirida esta posición no la mantiene por sí solo. 	<p>pelvis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de carga activa de peso en los miembros inferiores
--	--

Elaborado por: Lénin Abraham Delgado Valencia.

TABLA N°10: Valoración por sistemas y áreas

<p>Sistema Neuromuscular</p> <ul style="list-style-type: none"> • No tiene control cefálico • No tiene control activo y selectivo de miembros inferiores • Control postural disminuido • Falta de carga activa de peso en la posición bípeda • Carece de control selectivo de miembros superiores
<p>Sistema Musculo Esquelético</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipotonía muscular • Fuerza conservada en miembros superiores
<p>Sistema Sensorial</p> <ul style="list-style-type: none"> • VISION: sigue los objetos con la mirada, la mayor parte del tiempo fija la mirada en un solo punto. • AUDICIÓN: hipoacusia • TACTIL: Carece de identificación de texturas • PROPIOCEPCION: Sensación y conciencia normal • VESTIBULAR: El niño al cambio de posiciones reacción de forma brusca, no mantiene el equilibrio en una sola posición.
<p>Alimentación/ control oromotor</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay un buen control oromotor • Aseo dependiente • Vestido dependiente
<p>Área de comunicación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emite sonidos • Posee lenguaje expresivo • Sonrisa espontánea
<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
<p>Habilidades sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integración a la comunidad es dependiente • No carece de manejo de emociones su estado de ánimo y conducta es tranquilo
<p>Área pre-vocacional</p> <p>Carece de coordinación viso-motora</p> <p>Carece de destrezas manuales, escritura y lectura</p> <p>Carece de habilidades para utilizar materiales y herramientas</p>

Elaborado por: Lénin Abraham Delgado Valencia

PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

- Favorecer la Neuroplasticidad mediante la aplicación de estímulos extrínsecos mediante técnicas de facilitación del movimiento.
- Mejorar control y alineamiento de la cabeza y tronco.
- Intentar normalizar tono con descarga de peso, presión y resistencia. (14)

POSTURAS INHIBIDORAS DE REFLEJOS PATOLÓGICOS

FINALIDAD DEL EJERCICIO: “Intentar inhibir los reflejos anormales por medio de posiciones especiales que reduzcan e incluso anulen dichas posturas; mismas que anulan las reacciones tónicas que dificultan la coordinación; así a partir de ellas se procura el movimiento activo o asistido sin desencadenar los patrones de flexión o extensión.

EJECUCIÓN: Se llevan a cabo sobre una camilla o un balón gigante de 1 metro de diámetro que sirve de soporte inestable, el terapeuta asiste y controla las posiciones”.
(15)

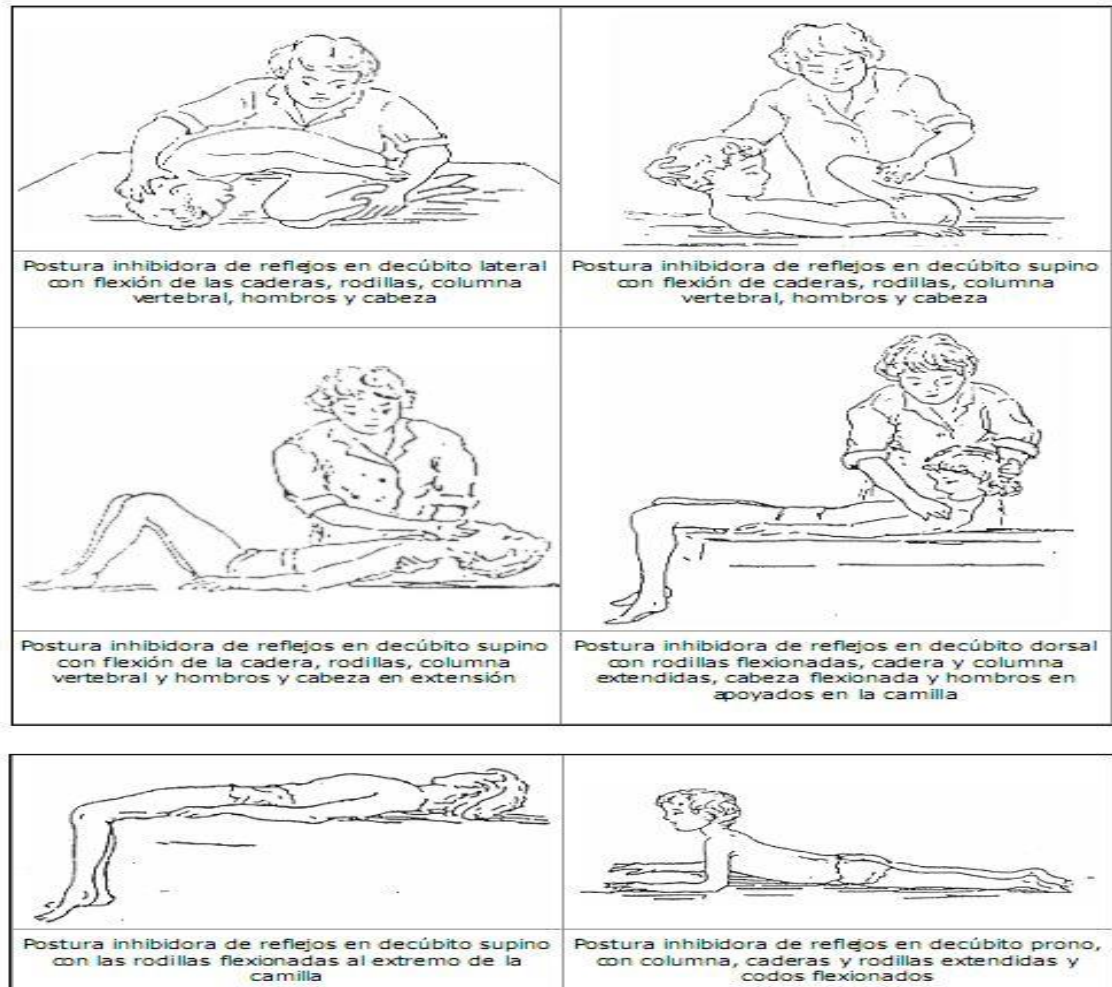


GRÁFICO 1: POSTURAS INHIBIDORAS DE REFLEJOS PATOLÓGICOS

FUENTE: <http://www.efdeportes.com/efd168/ejercicios-en-portadores-de-paralisis-cerebral-espastica.htm>

ESTIRAMIENTOS:

FINALIDAD: Provocar por mecanismo reflejo un incremento de la contracción muscular mediante la elongación de fibras musculares.

ESTIRAMIENTO DE PSOAS ILIACO Y ABDOMINALES

EJECUCIÓN: Se realizara con el paciente en decúbito supino, el terapeuta colocado frente al paciente asistirá en los movimientos de estiramiento.



GRÁFICO 2: Estiramiento de psoas iliaco y abdominales

FUENTE:<http://www.fisaude.com/fotos/fisioterapia/tecnicas/neurologia-en-ninos/valoracion-estrategia-cadera-663.html#jooming>

ESTIRAMIENTO DE ISQUITIBIALES

EJECUCIÓN: Paciente en decúbito supino, terapeuta ubicado frente al paciente con la mano proximal colocada en las rodillas del paciente el terapeuta bloqueara la flexión de rodillas mientras que con la mano distal colocada en la parte plantar de los pies del paciente ayudara a estirar progresivamente los músculos isquiotibiales.



GRÁFICO 3: Estiramiento de músculos isquiotibiales y cadena posterior

ELABORADO POR: Lénin Abraham Delgado Valencia

CINESITERAPIA:

MOVILIZACIONES ARTICULARES DE MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES

FINALIDAD: Prevenir la evolución de rigidez articular, corregir deformidades, retrasar la pérdida de masa ósea, favorecer el vínculo entre paciente y terapeuta

EJECUCIÓN: Con el paciente en decúbito supino iniciaremos la movilidad en los miembros inferiores empezando desde los tobillos con movimientos de flexo-extensión, inversión-eversión y movimientos en círculos luego pasamos a la articulación de la rodilla con movimientos de flexo-extensión, llegamos a la cadera donde realizaremos movimientos de flexo-extensión, abducción-aducción y circunducción. (16) (17)

Igualmente lo realizaremos en los miembros superiores iniciando por las manos, luego iremos a la articulación de la muñeca con los movimientos de flexo-extensión, circunducción y aducción-abducción pasamos a los codos con movimientos de flexo-extensión hasta llegar a los hombros para realizar movimientos de flexo-extensión, aducción-abducción y circunducción. (16)



GRÁFICO 4: Movilizaciones articulares de miembros inferiores y superiores
ELABORADO POR: Lénin Abraham Delgado Valencia.

Dosificación:

Se realizara en cada articulación 12 repeticiones

TÉCNICA DE BOBATH**FACILITACIÓN DEL ALINEAMIENTO DE LA CABEZA Y TRONCO**

FINALIDAD: Ganar funcionalidad, activar los músculos posturales de la cabeza y el tronco.

EJECUCIÓN: Con el paciente sentado el terapeuta observará si la cabeza del paciente cuelga hacia delante con el resto de la columna encorvada, en esta posición los músculos extensores torácicos y extensores cervicales están en una posición elongada por lo que se debe alinear la cabeza del niño por sobre su tronco y debe haber una adecuada base de soporte, luego usaremos un estímulo visual, auditivo y propioceptivo, para ayudar a mantener su cabeza donde está ésta puesta. (18) (19)



GRÁFICO 5: Facilitación del alineamiento de la cabeza y tronco

FUENTE:<http://www.discapacidadonline.com/wpcontent/uploads/2013/09/Paralisis-cerebral-infantil-y-control-postural.1-100.pdf>

En la imagen se puede ver como la terapeuta de enfrente, toma la caja torácica hacia postero lateral, entonces el paciente lleva sus manos hacia ella, mientras al mismo tiempo la terapeuta empuja hacia abajo donde está sentado el paciente. (18)

La terapeuta detrás de él sostiene su nuca y la base de su lengua, para alinear su cabeza sobre la columna y asegurar que su lengua no esté retraída. (18)

Ambas terapeutas lo encajan visualmente para facilitar la activación de los músculos posturales, tal que el paciente pueda tener control de cabeza. (18)

A medida que se trabaja con este ejercicio se debe observar si el paciente puede comenzar a mantener su cabeza al disminuir la ayuda que se le está dando, de tal forma que él pueda tomar el control del peso de su propia cabeza sin embargo es recomendable que las manos del terapeuta estén muy cercanas a la cabeza del paciente para evitar que no caiga hacia delante o hacia atrás, permitiéndole practicar el control de la cabeza y empezar a obtener un alineamiento más funcional. (18)

ESTIMULACIÓN DE MÚSCULOS PARAVERTEBRALES

FINALIDAD: Activar la musculatura del cuello y paravertebrales para obtener un mejor control postural y evitar posturas anormales.

EJECUCIÓN: Colocaremos al paciente en decúbito prono sobre un balón Bobath cuidando que el rostro no se quede hundido sobre la superficie del balón además de cuidar que no se vaya a caer, a continuación con un objeto que llame su atención se lo colocamos frente a su rostro y ayudamos a que levante la cabeza y la mantenga así mientras con sus manos el paciente trata de tocar el objeto, al mismo tiempo realizaremos una percusión estimulante con la finalidad de intensificar el tono y la percusión estabilizadora para lograr fijación de tal forma que lograremos una activación de la musculatura del cuello y los paravertebrales. (20) (18)



GRÁFICO 6: Estimulación de músculos paravertebrales

ELABORADO POR: Lénin Abraham Delgado Valencia

A continuación con el paciente en decúbito prono sobre el balón, iremos poco a poco rodando el balón y colocándolo en una posición de bipedestación cuidando la posición en que coloca los pies del paciente, de esta forma iremos estimulando la descarga de peso en los miembros inferiores. (20) (18)

Dosificación: 5 minutos en cada posición.

OBJETIVOS A MEDIANO PLAZO.

- Evitar deformidades, facilitar el movimiento. (14)
- Mejorar la coordinación en miembros superiores.
- Mejorar reacciones de equilibrio y enderezamiento. (14)

FACILITACION NEUROMUSCULAR PROPIOCEPTIVA

FINALIDAD: Facilitar la respuesta del sistema neuromuscular mediante la estimulación de los propioceptores, evitar atrofia muscular.

EJECUCIÓN: “Con el paciente en decúbito supino trabajaremos patrones de movimiento cruzados

Empezamos en los miembros superiores con los patrones de flexión, con aducción y rotación interna – Extensión con abducción y rotación externa. Flexión con abducción y rotación externa – Extensión con aducción y rotación interna”. (20) (21)

“Para miembros inferiores realizaremos: Flexión con aducción y rotación externa – Extensión con abducción y rotación interna. Flexión con abducción y rotación interna – Extensión con aducción y rotación externa”. (20)

Dosificación: 8 repeticiones para cada patrón de movimiento.



GRÁFICO 7: Patrones de movimiento para miembro inferior

ELABORADO POR: Lénin Abraham Delgado Valencia

EJERCICIOS DE FACILITACIÓN

FACILITACIÓN DE LAS REACCIONES DE EQUILIBRIO

FINALIDAD: “Son movimientos automáticos compensativos que hacen posible una adaptación postural a los continuos desplazamientos del centro de gravedad del niño.

EJECUCIÓN: Se utiliza un balón Bobath para colocar al niño en decúbito prono con los apoyos en los antebrazos. El niño al desplazarse el balón adelante y atrás intentará mantenerse en equilibrio por sí mismo”. (15) (18)



GRÁFICO 8: Facilitación de las reacciones de equilibrio.
ELABORADO POR: Lénin Abraham Delgado Valencia.

EJERCICIOS DE BALANCEO CON EL PACIENTE SENTADO EN EL BALÓN BOBATH

FINALIDAD: Activar los músculos posturales, mejorar el equilibrio y reacciones de enderezamiento.

EJECUCIÓN: Con el paciente sentado y el terapeuta detrás trabajaremos el equilibrio ayudando igualmente a que el paciente mantenga la cabeza erguida y realizaremos desplazamientos del tronco del paciente hacia adelante y hacia atrás, luego hacia los lados.



GRÁFICO 9: Ejercicios de balanceo con el paciente sentado en el balón Bobath
ELABORADO POR: Lénin Abraham Delgado Valencia

FACILITACIÓN DEL SOSTÉN CEFÁLICO

FINALIDAD: Ayudar a que el niño obtenga un control cefálico independiente.

EJECUCIÓN: “Con el niño en decúbito supino se le tracciona los brazos para que intente acompañar la elevación del tronco con la de la cabeza”. (15)

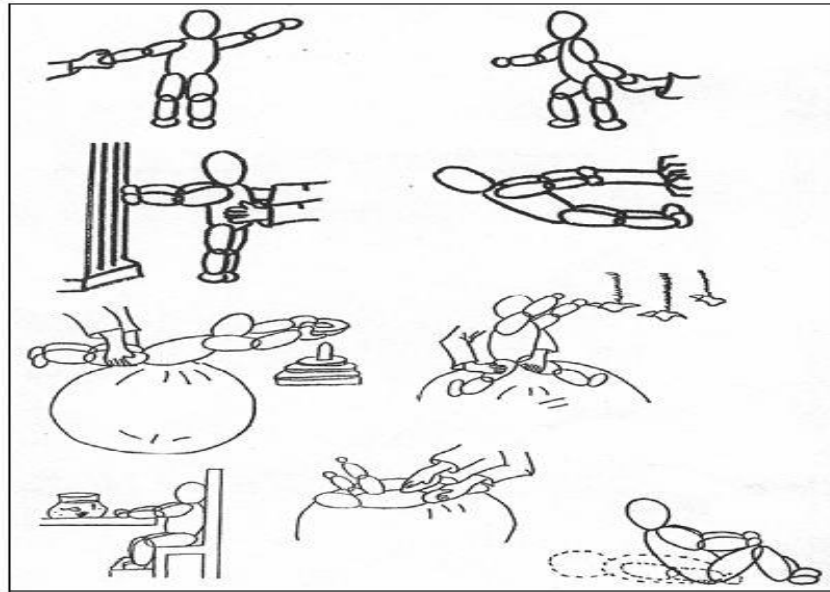


GRÁFICO 10: Ejercicios de Facilitación

FUENTE: <http://www.efdeportes.com/efd168/ejercicios-en-portadores-de-paralisis-cerebral-espastica.htm>

En la posición de decúbito prono sobre el balón colocaremos al paciente en bipedestación para estimular la descarga de peso en sus miembros inferiores y que se activen los grupos musculares fijadores de la pelvis. (18)

Dosificación:

Realizaremos 5 repeticiones de 10 minutos todos los días.

OBJETIVOS A LARGO PLAZO.

- Fomentar el desarrollo y aprendizaje lo más cercano posible al desarrollo ideal, tomando en cuenta las capacidades motoras, cognitivas, sensitivas y sociales del niño.
- Enfatizar en la adquisición de patrones de movimiento lo más normales posibles. (14)
- Prevenir futuras luxaciones de cadera mediante la postura de bipedestación
- Educar a la familia sobre las secuelas de la Parálisis Cerebral Infantil además de los cuidados que se debe prestar al niño.

COLOCACIÓN DEL PACIENTE EN BIPEDESTACIÓN

FINALIDAD: Ayudar a que el paciente mantenga de manera independiente la bipedestación, activar los músculos posturales y mejorar el equilibrio.

EJECUCIÓN: Trabajaremos en una colchoneta colocando al paciente en decúbito prono y trabajaremos la posición en 4 puntos asistiéndole para que el paciente coloque de forma adecuada las manos sobre la superficie de apoyo y mantenga esta posición.

Realizaremos bipedestación asistida para lo cual en una colchoneta y con un balón Bobath con el paciente en decúbito prono y el terapeuta ubicado en la parte posterior del 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 un tiempo de 5 minutos. (22)



GRÁFICO 11: Bipedestación Asistida.

ELABORADO POR: Lénin Abraham Delgado Valencia.

Dosificación: Realizaremos 5 repeticiones de 10 minutos tres veces por semana.

VII. CONCLUSIONES

- Luego de haber realizado el presente Análisis de caso clínico, se han determinado los puntos críticos que fueron:
- Mal manejo de la paciente durante la labor de parto
 - No se realizaron valoraciones al ingreso de la embarazada al establecimiento de salud
 - Falta de precaución durante las primeras etapas: fase latente, la fase activa y segunda etapa (expulsivo) del trabajo de parto debido a insistencia por parte del médico tratante a que la madre dé a luz de la forma normal estando en espera por 18 horas
 - No se informó oportunamente a un especialista en pediatría/neonatología de que se está atendiendo un parto
 - No se realizó valoración por parte de un médico especialista sabiendo que el trabajo de parto se prolongó por 18 horas

Los cuales provocaron la Parálisis Cerebral Infantil Hipotónica mediante la recopilación e investigación de información del paciente.

- Los factores de riesgo que influyeron en la aparición de la Parálisis Cerebral Infantil a causa de la hipoxia fetal son: Factores de riesgo biológicos; Natales: Un bajo peso al nacer de 2400 gramos y un APGAR Inicial de 2, además de ser Producto de embarazo de 36 semanas.

Posnatal: No presentaba llanto al nacer, con signo de hipoxia, Hiperbilirrubinemia severa que requirió transfusión.

Dentro de los Factores de riesgo ambientales tenemos que la madre del paciente trabaja en el campo y mantiene contacto con productos químicos que usan sin medidas de precaución.

Finalmente en cuanto a los factores relacionados con el servicio de salud encontramos la mala atención que se le prestó a la madre del paciente en día del parto.

- Mediante la investigación se pudo identificar los síntomas más relevantes de la Parálisis Cerebral Infantil que son: las alteraciones del tono muscular, la postura y el movimiento además de síntomas asociados como: problemas auditivos, alteraciones de la atención, déficit intelectuales, problemas de comunicación, crisis epilépticas y problemas de crecimiento; además se conoció la clasificación fisiológica de esta patología: parálisis cerebral: Espástica, Discinética o Atetoide, Atáxica, Mixta y la importancia de la intervención multidisciplinaria por parte del personal de salud.

- Existen varios tipos de técnicas fisioterapéuticas para tratar una Parálisis Cerebral Infantil pero en base a la investigación realizada las técnicas recomendadas son Bobath y Facilitación Neuromuscular Propioceptiva ya que existe evidencia científica que demuestra su eficacia.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA:

1. Albers LL, Schiff M, Gorwoda JG. The length of active labor in normal pregnancies. *Obstet Gynecol.* 1996 Marzo; 87(3). (9)
2. Allen VM, Baskett TF, O'Connell CM, McKeen D, Allen AC. Maternal and perinatal outcomes with increasing duration of the second stage of labor. *Obstet Gynecol.* 2009 Junio; 113(6). (11)
3. American College of Obstetricians and Gynecologist, ACOG. Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologist. Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery. 2010 Agosto;(115). (5)
4. Bix E, Reiner LM, Klovning A, Oian P. Prognostic value of the labour admission test and its effectiveness compared with auscultation only: a systematic review. *BJOG.* 2005; 112(12). (7)
5. Delgado V SC. Desarrollo psicomotor en el primer años de vida. Primera ed. Chile: Mediterraneo Ltda; 2010. (22)
6. Gross MM, Drobic S, Keirse MJ. Influence of fixed and time-dependent factors on duration of normal first stage labor. *Birth.* 2005 Marzo; 32(1). (8)
7. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social.: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t); 2010. (4)

8. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. The Cochrane Library Retrieved. 2011 July;(CD003766). (1)
9. Kilpatrick SJ, Laros RJ. Characteristics of normal labor. *Obstet Gynecol.* 1989 July; 74(1). (6)
10. Lavender T, Hart A, Walkinshaw S, Campbell E, Alfirevic Z. Progress of first stage of labour for multiparous women: an observational study.. *BJOG.* 2005 December; 112(12). (10)
11. Ministerio de Salud Pública. Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica. Primera ed. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. (2)
12. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. *Lancet.* 1985; 2. (3)
13. Saunders NS, Paterson CM, Wadsworth J. Neonatal and maternal morbidity in relation to the length of the second stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992 Mayo; 99(5). (12)

LINKOGRAFÍA:

1. Ecuador ACd. msp.gob.ec. [Online].; 2005 [cited 2016 Julio 12. Available from:
<http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/septiembre2013/LEY%20DE%20MATERNIDAD%20GRATUITA%20Y%20ATENCION%20A%20LA%20INFANCIA.pdf>. (13)
2. Bobath B. discapacidadonline. [Online].; 2013 [cited 2016 Julio 30. Available from:
<http://www.discapacidadonline.com/wp-content/uploads/2013/09/Paralisis-cerebral-infantil-y-control-postural.1-100.pdf> (18)
3. Jiménez Treviño M. <http://fisiomonica-ms.blogspot.com/2011/04/libro-de-neurofacilitacion-tecnicas-de.html>. [Online].; 2011 [cited 2016 Julio 26. Available from:
<https://drive.google.com/file/d/0B9arIJpNNAKUY2NIYzcyMTktNTY3ZC00OWRiLWJkMjgtZjZiZmQ4M2I5MWZl/view?layout=list&ddrp=1&sort=name&num=50#>. (20)
4. Moreno G, Naranjo M, Ochoa A, Ortega C, Ortiz E, Paredes L, et al. <http://academia.utp.edu.co/>. [Online].; 2014 [cited 2016 Julio 3. Available from:
<http://academia.utp.edu.co/programas-de-salud-3/files/2014/02/GU%C3%8DA-PAR%C3%81LISIS-CEREBRAL.-FINAL.pdf>. (14)
5. Santos Vicet R, Hernandez Garcia D. <http://www.efdeportes.com/>. [Online].; 2012 [cited 2016 Julio 23. Available from:
<http://www.efdeportes.com/efd168/ejercicios-en-portadores-de-paralisis-cerebral-espastica.htm>. (15)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

EBRARY: Tarvydas V. EBRARY. [Online].; 2012 [cited 2016 Julio 29. Available from: [//site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=10555886](http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=10555886). (16)

EBRARY: Alexander MA, Matthews DJ, Murphy KP. EBRARY. [Online].; 2015 [cited 2016 Julio 29. Available from: [//site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=11055206](http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=11055206). (17)

PROQUEST: Larsson I, Miller M, Liljedahl K, Gard G. Physiotherapists' experiences of physiotherapy interventions in scientific physiotherapy publications focusing on interventions for children with cerebral palsy: a qualitative phenomenographic approach. BMC Pediatrics. 2012; 12(1). Available from: <http://search.proquest.com/docview/1034508742/69545EB46D924050PQ/19?accountid=36765> (19)

PROQUEST: Sewell MD, Eastwood DM, Wimalasundera N. Managing common symptoms of cerebral palsy in children. BMJ : British Medical Journal. 2014

ANEXOS

ANEXO 1. ENTREVISTA



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



Entrevista a la madre

1) De qué etnia se considera

2) Antecedentes patológicos de importancia

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

4) ¿Existió alguna complicación durante su embarazo?. Si es el caso explique

5) ¿Cuántas semanas tenía de embarazo cuando dio a luz?

6) ¿El parto fue normal o por Cesárea?

7) Durante al momento del parto cómo describiría la atención que recibió por parte del médico tratante

8) ¿Hubo consumo de alcohol, drogas o fármacos que considere que pudo haber afectado al recién nacido?

9) ¿Hubo alguna complicación después del parto? Si es el caso explique

10) El recién nacido fue remitido inmediatamente a otro hospital

11) ¿En qué edad inicio su hijo el tratamiento de fisioterapia?

12) ¿En qué unidades de salud ha sido atendido el niño?

13) ¿Cuál fue el diagnóstico que se le dio al niño?

14) ¿Considera importante un tratamiento de fisioterapia?

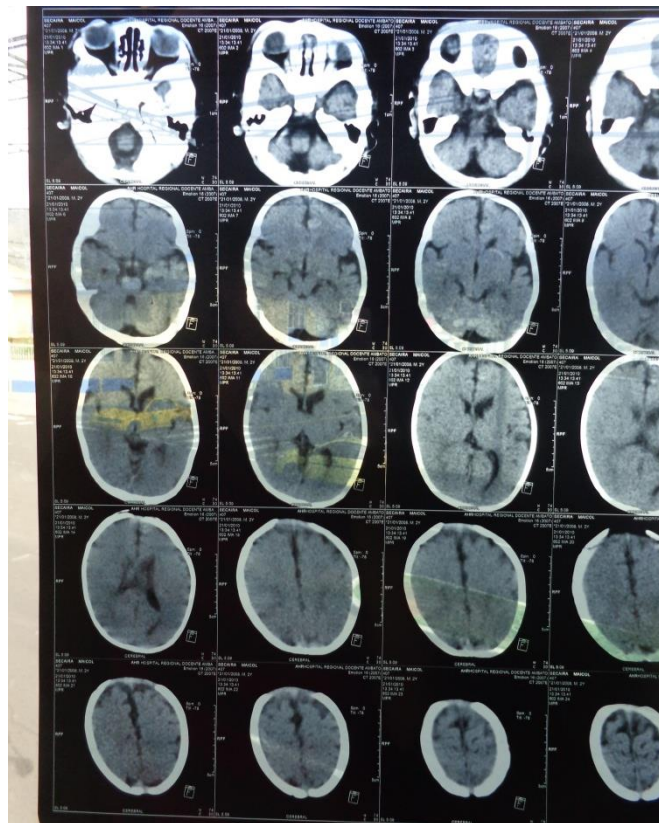
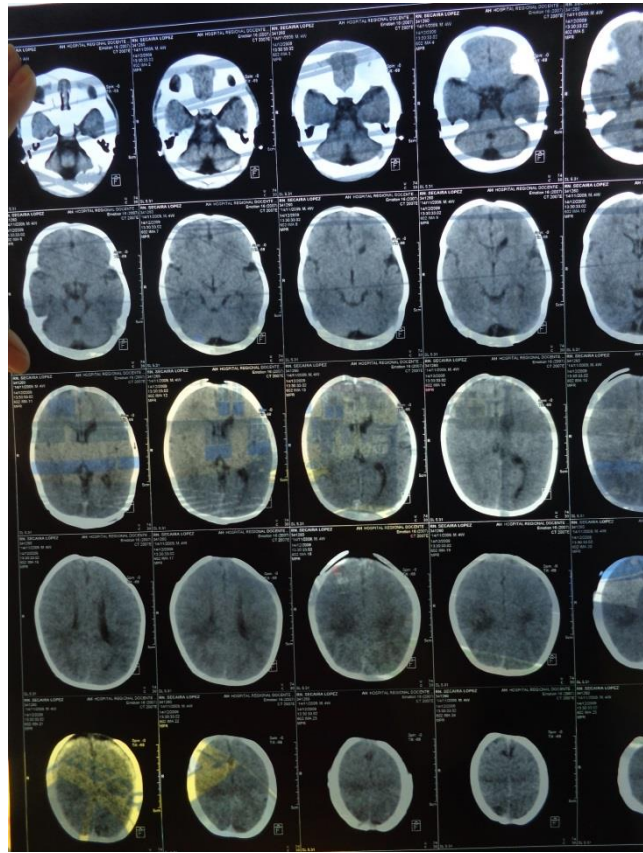
15) ¿Mencione los problemas más relevantes durante el crecimiento del niño?

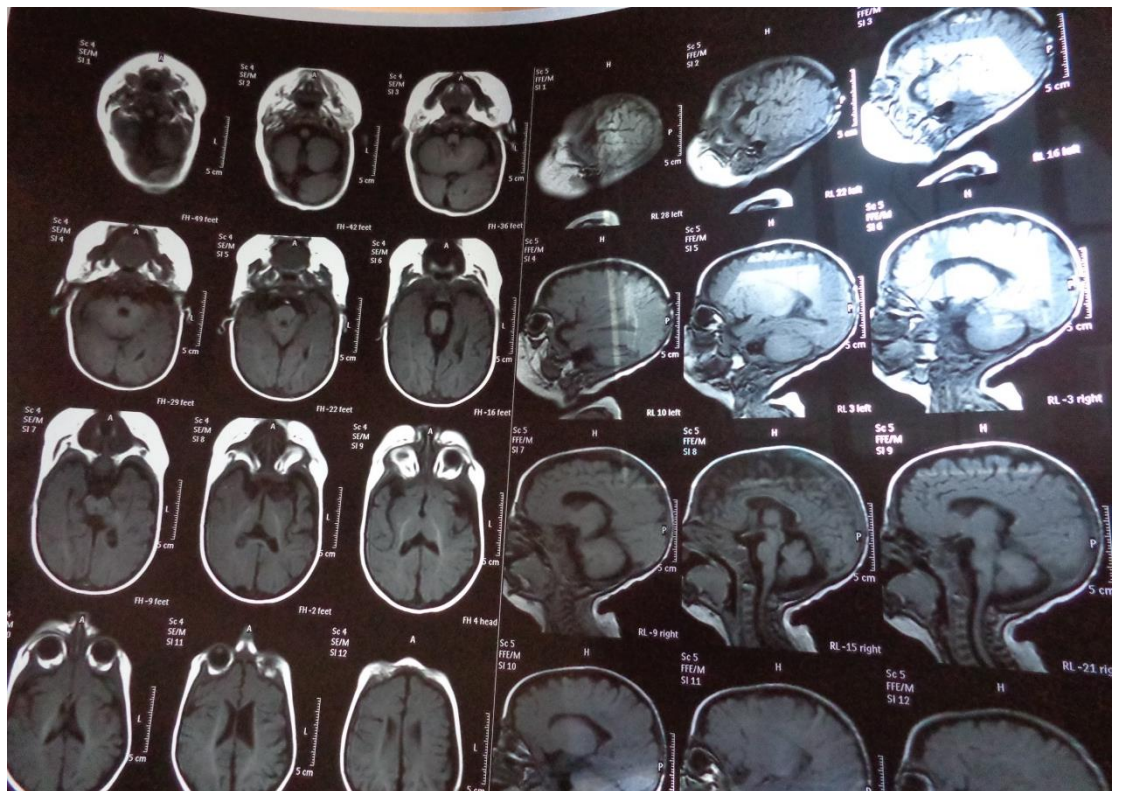
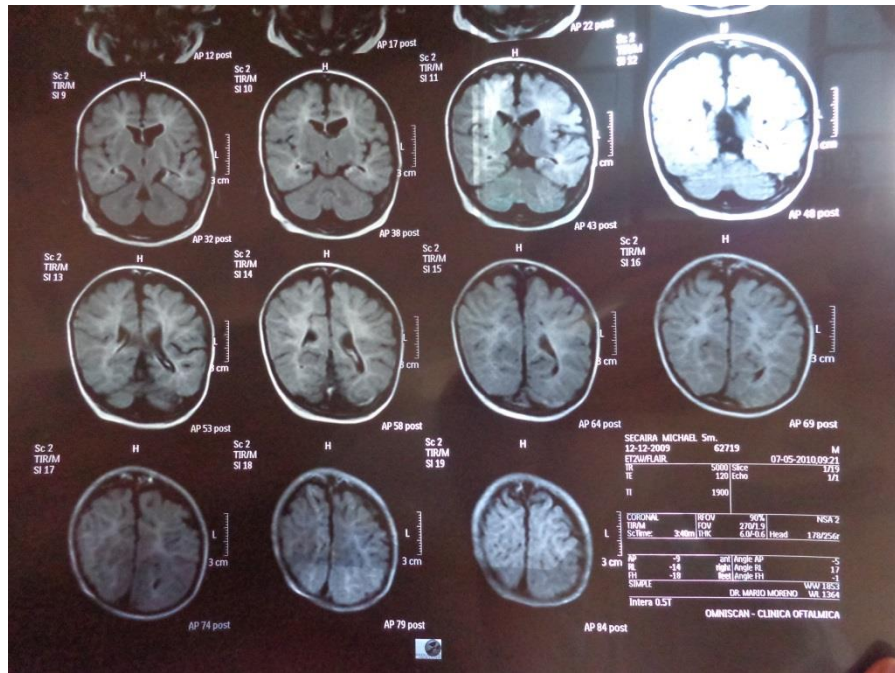
16) ¿Cómo describe que ha sido la atención en los centros de salud en los que ha estado con el niño?

17) ¿Se ha realizado el niño periódicamente revisiones médicas?

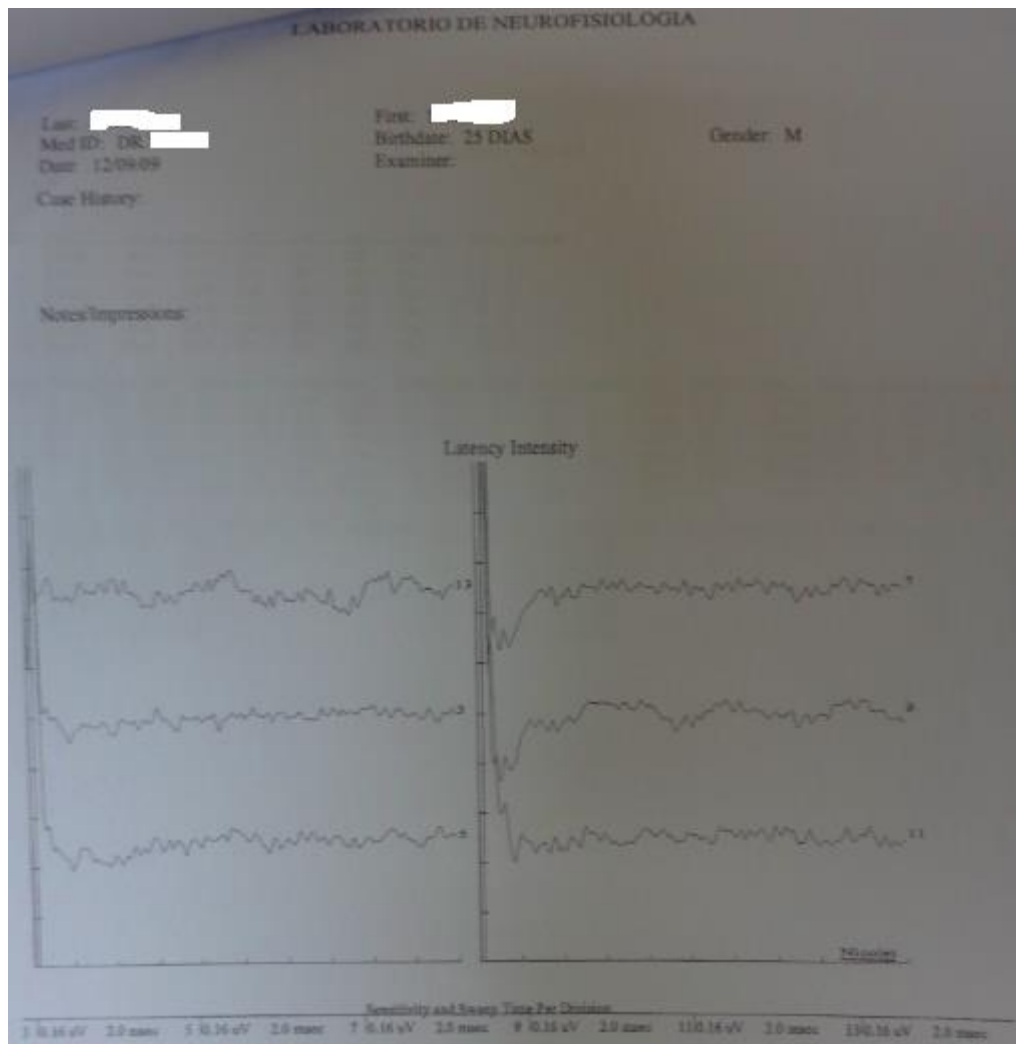
18) ¿Los trámites administrativos que se requirió durante la estancia del niño en las casa de salud en las que ha estado fueron resueltos por parte del personal?

ANEXO 2. TOMOGRAFÍAS





ANEXO 3. ELECTROENCEFALOGRAMA



ANEXO 4. Evaluación Fisioterapéutica

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

Valoración en decúbitos	
Supino	Motivo
Prono	Motivo
Sentado	Motivo
Bipedestación	Motivo

Valoración por sistemas y áreas
Sistema Neuromuscular
Sistema Musculo Esquelético
Sistema Sensorial <ul style="list-style-type: none"> • VISION: • AUDICIÓN: • TACTIL: • PROPIOCEPCION: • VESTIBULAR:
Alimentación/ control oromotor
Área de comunicación
Área de las actividades de la vida diaria
Habilidades sociales
Área pre-vocacional

ANEXO 5. 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 6. Fotos de la vivienda

