



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“PARAPARESIA ESPÁSTICA POR ALTERACIÓN VASCULAR
ESPINAL”**

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

Autor: Manzano Solis, Cecilia Magdalena

Tutor: Dra. Esp. Salvador Arroba, Ruth

Ambato – Ecuador

Noviembre, 2017

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora de Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“PARAPARESIA ESPÁSTICA POR ALTERACIÓN VASCULAR ESPINAL”** de Cecilia Magdalena Manzano Solis, estudiante de la Carrera de Terapia Física considero que reúne los requisitos y méritos suficiente para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, Junio del 2017

LA TUTORA

.....

Dra. Esp. Salvador Arroba, Ruth

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico sobre: “**PARAPARESIA ESPÁSTICA POR ALTERACIÓN VASCULAR ESPINAL**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta de esquema de tratamiento son exclusivamente responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Junio del 2017

LA AUTORA

.....

Manzano Solis, Cecilia Magdalena

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este análisis de Caso Clínico o parte del mismo documento disponible para su lectura, consulta y proceso 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 autora.

Ambato, Junio 2017

LA AUTORA

.....
Manzano Solis, Cecilia Magdalena

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“PARAPARESIA ESPÁSTICA POR ALTERACIÓN VASCULAR ESPINAL”**, de Cecilia Magdalena Manzano Solis, estudiante de la Carrera de Terapia Física.

Ambato, Noviembre de 2017

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

AGRADECIMIENTO

A mi familia por ser perseverantes en que yo culmine uno de mis sueños, por guiarme cada uno de mis días, por enseñarme que con esfuerzo y dedicación todo es posible.

A la Universidad Técnica de Ambato por mantener viva la mejor Carrera de Ciencias de la Salud, porque la Fisioterapia es una pasión que solo quienes la practicamos tenemos la virtud de saber su verdadero significado.

A todos los Docentes, Amigos y Maestros que aportaron de manera generosa con sus conocimientos los mismos que serán de gran utilidad a lo largo de mi vida personal y profesional.

A mi Tutora Dra. Ruth Salvador Arroba quien ha sido una amiga, docente a lo largo de mi carrera y con la que juntas llevamos a cabo este proyecto, con el mismo que lograre una de mis más anheladas metas.

Finalmente al más importante de mi vida a DIOS por poner a cada una de las personas en el camino a seguir para alcanzar esta gran profesión.

CECY

DEDICATORIA

Para el amor más puro y sincero, por su apoyo incondicional y su compañía infinita, por su sacrificio y esfuerzo por creer en mi capacidad para que culmine una carrera profesional, ellos son mis padres.

A mis hermanos por permanecer siempre junto a mí y darme su apoyo cuando lo necesito.

A mis amigos que con su amistad el día a día ha sido una experiencia inolvidable, compartiendo conocimientos, alegrías y tristezas.

Y a todas las personas que han aportado de una u otra manera durante estos cinco años de vida universitaria para que obtenga mi título profesional.

CECY

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	xi
RESUMEN.....	xii
SUMMARY	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CASO CLÍNICO	3
TEMA.....	3
OBJETIVOS	3
OBJETIVO GENERAL	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN.....	3
DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE:.....	3
IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE	4
DESARROLLO	4

DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO.....	4
DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	7
RIESGO BIOLÓGICO.....	7
RIESGO AMBIENTAL	8
RIESGO SOCIAL.....	8
ESTILO DE VIDA.....	8
ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	9
OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE CONSULTA	9
ACCESO.....	9
CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN.....	9
OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN.....	10
TRÁMITES ADMINISTRATIVOS	10
IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS	10
CARACTERIZACIÓN EN LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	14
PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO.....	15
TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO	16
FISIOTERAPIA A CORTO PLAZO.....	16
FISIOTERAPIA A MEDIANO PLAZO.....	20
FISIOTERAPIA A LARGO PLAZO.....	24
CONCLUSIONES	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
BIBLIOGRAFÍA	29
CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASES DE DATOS UTA.....	30
ANEXOS.....	32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Factores En El Embarazo De Alto Riesgo.....	11
Tabla 2 Caracterización En Las Oportunidades De Mejora.....	15

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1 VENDAJE NEUROMUSCULAR PROPIOCEPTIVO...	18
ILUSTRACIÓN 2 CEPILLADO RÁPIDO	19
ILUSTRACIÓN 3 ESTIRAMIENTO RÁPIDO.....	20
ILUSTRACIÓN 4 CINESITERAPIA.....	21
ILUSTRACIÓN 5 ESTIRAMIENTOS.....	21
ILUSTRACIÓN 6 TRACCIÓN	22
ILUSTRACIÓN 7 APROXIMACIÓN.....	23
ILUSTRACIÓN 8 CONTRACCIÓN MUSCULAR ACTIVA	23
ILUSTRACIÓN 9 MOVILIDAD ACTIVA ASISTIDA.....	24
ILUSTRACIÓN 10 FLEXIÓN ABDUCCIÓN Y ROTACIÓN INTERNA DE RODILLA, CADERA Y PIE.....	25
ILUSTRACIÓN 11 FLEXIÓN ABDUCCIÓN Y ROTACIÓN INTERNA CON FLEXIÓN DE LA RODILLA.....	25
ILUSTRACIÓN 12 FLEXIÓN ABDUCCIÓN Y ROTACIÓN INTERNA CON EXTENSIÓN DE RODILLA	26
ILUSTRACIÓN 13 EXTENSIÓN ABDUCCIÓN Y ROTACIÓN INTERNA	27
ILUSTRACIÓN 14 COMBINACIÓN SIMÉTRICA BILATERAL EN EXTENSIÓN Y ABDUCCIÓN	27

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

“PARAPARESIA ESPÁSTICA POR ALTERACIÓN VASCULAR ESPINAL”

Autora: Manzano Solis, Cecilia Magdalena

Tutora: Dra. Esp. Salvador Arroba, Ruth

Fecha: Ambato, Junio del 2017

RESUMEN

El desarrollo del presente caso clínico se titula: **“PARAPARESIA ESPÁSTICA POR ALTERACIÓN VASCULAR ESPINAL”** el mismo que hace referencia a una paciente de cuatro años nueve meses de edad, sexo femenino, radicada en la ciudad de Quito. Entre sus antecedentes patológicos personales encontramos que nació de forma prematura a las treinta y cinco semanas de gestación por sufrimiento fetal agudo. La evaluación inicial muestra que la infante nació dentro de los rangos normales y fue ingresada a la termo cuna con un diagnóstico de enterocolitis. La paciente fue remitida varias veces al área de hospitalización. Hasta los seis meses la niña tiene un desarrollo aparentemente normal conforme pasa el tiempo se fueron presentando diferentes áreas de retraso. A los tres años seis meses la paciente es evaluada nuevamente presentando varias alteraciones cerebelosas. Se emitieron diferentes diagnósticos médicos, finalmente tras realizar varios exámenes complementarios se llegó a la conclusión que la infante presenta parálisis cerebral espástica por la hiperbilirrubinemia. Actualmente la paciente acude al servicio de fisioterapia donde tratan sus deficiencias físicas.

PALABRAS CLAVES: PARAPARESIA, ESPÁSTICIDAD, ALTERACIÓN_VASCULAR, ESPINAL, PREMATURO, FISIOTERAPIA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY HEALTH SCIENCES

CAREER OF PHYSICAL THERAPY

"SPASTIC PARAPARESIA BY SPINAL VASCULAR ALTERATION"

Author: Manzano Solis, Cecilia Magdalena

Tutor: Dr. Esp. Salvador Arroba, Ruth

Date: Ambato, June 2017

SUMMARY

The development of the present clinical case is titled: "SPASTIC PARAPARESIA BY SPINAL VASCULAR ALTERATION" the same one that refers to a patient of four years nine months of age, female sex, settled in the city of Quito. Among his personal pathological antecedents we found that he was born prematurely at thirty-five weeks of gestation due to acute fetal distress. The initial evaluation shows that the infant nation within normal ranges and was admitted to the term crib with a diagnosis of enterocolitis. The patient was referred several times to the hospitalization area. Up to six months the child has a seemingly normal development as time goes by they presented different areas of delay. At three years six months the patient is evaluated again presenting several cerebellar alterations. Different medical diagnoses were issued, finally after completing several complementary examinations, it was concluded that the infant has spastic cerebral palsy due to hyperbilirubinemia. Currently the patient goes to the physiotherapy service where they treat their physical deficiencies.

KEYWORDS: PARAPARESIA, SPASTISITY, VASCULAR_CHANGING, SPINAL, PREMATURE, PHYSIOTHERAPY.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de titulación modalidad análisis de caso clínico tiene como fundamento ayudar a los pacientes neurológicos con paraparesia espástica con el objetivo de prevenir el deterioro progresivo de las funciones vitales y mejorar la calidad de vida de dichas personas.

Además valorar las complicaciones que las personas con paraparesia espástica van obteniendo con el pasar del tiempo en sus funciones físicas y mentales.

Para esto se realizó el estudio de una niña de 4 años 9 meses de edad que presento como diagnostico en una primera impresión como paraparesia espástica por alteración vascular espinal con antecedentes patológicos desde el periodo de gestación hasta su nacimiento.

Una mal formación vascular es una deficiencia en el periodo de desarrollo embriológico de los vasos sanguíneos que están presentes desde el nacimiento pero no siempre darán problemas si no a lo largo de la pubertad.

La paraparesia espástica es una enfermedad que reúne un sin número de desórdenes neurológicos que afectan a la moto neurona superior o moto neuronas altas los mismos que causan rigidez y debilidad de las piernas. Topográficamente se habla de una lesión de la vía piramidal causando la espasticidad.

En primera instancia no se pudo determinar la causa específica de los síntomas que presento la paciente y permaneció con un diagnóstico erróneo, por tal motivo se mantuvo en una evaluación médica constante y recibiendo fisioterapia diaria para mantener sus funciones motoras y sensitivas.

Finalmente en su última valoración en un hospital público y tras revisar todo su historial clínico se llega a la conclusión que la niña presenta una parálisis cerebral espástica por hiperbilirrubinemia.

A través de la presente investigación se pudo identificar varios factores de riesgo que dieron origen a la patología de la paciente, como también múltiples puntos críticos que contribuyeron con el desarrollo del cuadro clínico, los mismos que nos

dieron las pautas para plantear un tratamiento fisioterapéutico acorde a las necesidades de la paciente.

CASO CLÍNICO

TEMA

“PARAPARESIA ESPÁSTICA POR ALTERACIÓN VASCULAR ESPINAL”

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar las causas y los factores que desencadenaron una paraparesia espástica por alteración vascular espinal en una niña de cuatro años nueve meses de edad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar los puntos críticos que con llevan al cuadro clínico de una paraparesia espástica

Detallar las complicaciones y limitaciones que afectan a la niña así como el proceso progresivo y las alteraciones físicas que provoca la patología mencionada.

Plantear un tratamiento fisioterapéutico adecuado para la paraparesia espástica que mejore la calidad de vida del paciente.

RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE:

Toda la información recolectada de baso en datos obtenidos de la historia clínica de la paciente con la respectiva autorización de su madre, la misma que fue facilitada por el Hospital General de la Policía.

En la historia clínica se encontró información sobre la evolución de la enfermedad, los exámenes realizados y el tratamiento médico, farmacológico y fisioterapéutico

que fue aplicado a la paciente desde el inicio de la patología hasta la actualidad, de una manera continua.

IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE

Para la recopilación de información que no se encontró en la Historia Clínica se realizó entrevistas a la madre y abuelita de la paciente así como también al equipo multidisciplinario de las unidades de salud en las que la niña fue atendida.

Las entrevistas fueron de manera verbal con preguntas sobre la evolución y el tratamiento que fue aplicado a la paciente. Así como también las complicaciones que la madre tuvo durante su periodo gestacional, pudiendo así obtener información importante de los sucesos que desencadenaron este cuadro clínico.

DESARROLLO

DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO

El presente caso clínico se trata de una paciente de cuatro años nueve meses de edad, de sexo femenino, nacida en la ciudad de Quito Parroquia Santa Prisca el 8 de febrero del 2012, residente en la Av. Humberto Albornoz OE8 213- La Comuna. La niña es de etnia mestiza, se encuentra en educación inicial en su lugar de residencia.

En sus antecedentes patológicos personales encontramos que la niña nace por cesárea el 08 de febrero de 2012 de una forma prematura a las 35 semanas de gestación por sufrimiento fetal agudo lo que indica que había una alteración metabólica compleja por la disminución de los intercambios fetomaternos disminuyendo el aporte de oxígeno al feto y alterando su metabolismo. El peso de la niña fue de 2400 gramos considerado dentro del rango normal, la talla 45cm, el perímetro cefálico 33cm y un apgar de 9/9 y es ingresada a la termo cuna con un diagnosticado de enterocolitis, a los tres días sale de la clínica y es transferida al hospital de la policía donde la madre refiere que a los 20 minutos de nacida la niña presenta aleteo nasal y taquipnea 80 pulsaciones por minuto, se le colca oxígeno

por el método Hood y el cuadro clínico mejora estabilizando a la niña, sin embargo al iniciar la lactancia presenta vomito con estrías café oscuro tres veces al día y se observa distensión abdominal. Realizan exámenes en los que la niña presenta una infección grave e inician tratamiento antibiótico a las 10 horas de vida.

Al ingresar a la casa de salud de la Policía Nacional el 11 de febrero de 2012 la paciente es remitida a cuidados intermedios para observación, por haber presentado un diagnostico riesgo de infección intrauterina con una evolución favorable por lo que es dada de alta de 14 de febrero de 2012.

A los 8 días de vida la madre acude a un control en donde la niña presenta ictericia en la zona IV confirmada por los exámenes de laboratorio la hiperbilirrubinemia con un valor de 22.64 e ingresa a recibir fototerapia.

Desde su nacimiento hasta los seis meses el desarrollo de la niña fue aparentemente normal, sin ninguna complicación, a partir del sexto mes de vida se realiza ablactación voluntariamente y es alimentada con papillas, al paso del tiempo presenta por tres ocasiones cuadros de infecciones de vías urinarias y dos por neumonía adquirida en la comunidad las mismas que fueron controladas con medicamento.

En cuanto a sus actividades motoras se refiere la madre relata que fue aparentemente normal, risa social a los dos meses, toma objetos con las manos a los cuatro meses, se sienta sola a los ocho meses, gatea a los nueve meses, a los once meses camina con apoyo y al año 4 meses camina sola y sus primeras palabras después del año. A los dos años en la guardería a la que acudía perciben atraso en el lenguaje sin ser un signo alarmante para que la madre, acude al servicio médico.

A los tres años 6 meses en el mes de Agosto del 2015 los padres notan problemas al caminar y acuden al Hospital Pediátrico Baca Ortiz donde es evaluada y al examen físico presenta posibles alteraciones cerebelosas siendo evidente:

Voz escandida

Dismetría bilateral

Ataxia estática

Marcha Pareto espástica y atáxica

No se puede establecer nivel sensitivo por falta de cooperación de la niña

Se solicita exámenes complementarios, resonancia magnética (IRM) de encéfalo, electroencefalograma (EEG) de sueño y una tomografía, los mismos que reportan un cuadro clínico normal.

En el primer análisis por parte del médico se define que:

La niña presenta una paraparesia espástica, probablemente congénita, sin alteraciones encefálicas. Se solicita IRM para descartar lesión medular a nivel cervical bajo o dorsal y se indica terapia física mantenida.

En mayo del 2016 los padres acuden con la niña al Hospital Pediátrico Baca Ortiz para realizar control y se revalora al paciente con paraparesia espástica progresiva sin afectación de esfínteres, asociada a síntomas cerebelosos observando un deterioro de la marcha más evidente que en la consulta anterior. En el examen físico se observa que los síntomas empeoran por el perfil progresivo que tiene la paciente, la misma que es remitida a evaluación en las siguientes áreas:

Evaluación por cardiología por la posibilidad de afectación cardiaca

Valoración por oftalmología por posibilidad de afectación retiniana

Estudio de conducción sensitivo y motor de las 4 extremidades

El médico dictamina que la paciente tiene una discapacidad relacionada con dificultad importante para la marcha y el autovalidismo.

Meses después de haber realizado los exámenes correspondientes la niña se diagnostica una aparente paraparesia espástica por alteración vascular y es enviada al servicio de fisioterapia y rehabilitación de manera permanente.

Finalmente la niña es sometida a un ANGIORM CONTRASTADA DE COLUMNA DORSAL Y LUMBAR MAS TRACTOGRAFIA donde el hallazgo practicado demuestra una adecuada hidratación de los núcleos pulposos de los discos intervertebrales conservados en su número forma y tamaño, en las secuencias contrastadas no se observa impregnaciones patológicas, dilataciones aneurismáticas

o signos de mal formación vascular es así que se descarta la alteración vascular espinal y mediante una revisión médica en una casa de salud pública los doctores llegan a la conclusión que la niña presenta una parálisis cerebral espástica por la hiperbilirrubinemia que presento a los pocos días de nacida.

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Según la OMS.- Los factores de riesgo que pueden afectar a una persona es el contacto con cualquier agente que influya de una manera característica a que el individuo sufra una enfermedad o lesión.

En el presente caso clínico podemos observar tres factores de riesgo importantes que se los clasifican en biológicos, ambientales, y por el estilo de vida.

RIESGO BIOLÓGICO

Factores Perinatales

Los factores perinatales se presentan antes del nacimiento, por ende el feto esta vulnerable a presentar diferentes patologías y trastornos neuromusculares. La paciente del presente caso nace en la semana 35, presentando una prematurez, por lo que se mantuvo en la termo cuna varios días, durante este periodo presentó enterocolitis necronizante, aleteo nasal, taquipnea, sangrado nasogástrico abundante, vomito con estrías cafés y fue trasladada a la unidad de cuidados medios donde le encontraron con bajo peso (1)

Sufrimiento fetal agudo

Factores Prenatales

Existe una variedad de estudios que han podido demostrar que la presencia de parálisis cerebral se debe a los factores prenatales, sobre todo teniendo en cuenta en esta etapa de gestación los factores de riesgo maternos tales como: (2)

- Infecciones intrauterinas

- Alteraciones metabólicas (alteraciones en la coagulación)
- Enfermedades autoinmunes
- Tóxicos

Factores Posnatales

En este periodo lo más importante a tener en cuenta es:

Infecciones

Traumatismos craneales

Estatus convulsivos

Alteraciones de la bilirrubina

Deshidratación grave

RIESGO AMBIENTAL

Las condiciones de la paciente le han hecho vulnerable a presentar diferentes patologías, entre ellas neumonía debido a los constantes cambios climáticos, esta fue adquirida en la comunidad por dos ocasiones por lo que fue ingresada al área de hospitalización. Además presento infección de vías urinarias a muy corta edad.

RIESGO SOCIAL

La madre de la niña debe estar pendiente de la misma por lo que no puede establecerse en un lugar de trabajo, es madre soltera y necesita un sustento para cubrir los gastos de la nena.

ESTILO DE VIDA

La baja condición económica impide que la madre pueda acudir de una manera cumplida a las fisioterapias que se imparten a la niña ya que para trasladarse hacia el hospital debe hacer uso de taxi por las condiciones de la nena, además las terapias

no siempre son en un mismo lugar, ya que las terapias de lenguaje debe realizarlas en otra casa de salud.

Al ser madre soltera la niña crece en un hogar disfuncional y sin los cuidados de su padre lo mismo que afecta de una manera psicológica social y económica en su desarrollo.

ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE CONSULTA

En el hospital de la Policía la atención fue de manera inmediata y satisfactoria por parte del neurólogo pero al ser una patología sin un diagnóstico preciso fue referida al hospital Pediátrico Baca Ortiz lugar en el que de igual manera fue atendida de manera satisfactoria y se le realizo los exámenes pertinentes para su diagnóstico. La madre al ver que su niña no tiene un diagnóstico preciso en este tiempo acude a varios centros privados buscando nuevas opiniones sobre el caso de su hija.

ACCESO

En cuanto al acceso a la atención médica no hubo complicación alguna en ninguna de las casas de salud además estas cubren las necesidades de la paciente.

CARACTERISTICAS DE LA ATENCIÓN

Gracias a la colaboración que nos ha brindado la madre de la niña podemos decir que la atención que recibió al momento del parto fue irregular ya que la nena tuvo un diagnostico errado al decir que tenía enterocolitis luego al ser evaluada en el Hospital de la Policía Quito N° 1 a la niña se le encontró sin ninguna patología aparentemente normal.

Cuando la niña comienza con las manifestaciones patológicas de la paraparesia espástica la atención que recibió en el Hospital de la Policía Quito N° 1 y en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz fue excelente en lo que concierne a consulta con el

médico. Hubo un poco de complicación en la realización de exámenes ya que por políticas de cada casa de salud no se aceptan exámenes realizados en otros lugares.

Para que la niña pueda recibir su tratamiento fisioterapéutico también existió un poco de complicaciones ya que la madre buscaba un lugar q sea de más fácil acceso desde su domicilio.

OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN

La remisión luego del parto y al ver que la niña tenía complicaciones fue de manera inmediata desde la clínica donde fue atendida hacia el Hospital de la Policía.

El momento que la niña comienza con el cuadro de la paraparesia espástica la remisión ha sido un poco complicada por el hecho de que la madre en su desesperación y haciendo su mayor esfuerzo lleva a la niña a consultorios privados en los que le piden ciertos exámenes y al regresar a la casa de salud no le hacen validos dichos exámenes siendo asi un pasatiempo y un dinero desperdiciado.

TRÁMITES ADMINISTRATIVOS

No se identificó ningún problema al realizar los trámites administrativos en las diferentes casas de salud

IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

Durante el periodo de gestación existe un alto riesgo Morbi Mortalidad en el niño y la madre presentando alteraciones y diferentes patologías en el embarazo. (3)

La madre en el periodo de gestación del presente caso clínico presento las siguientes alteraciones durante su embarazo:

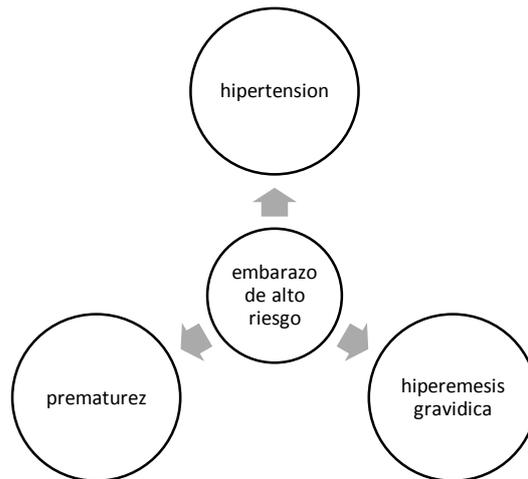


TABLA 1 FACTORES EN EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Hiperémesis gravídica

La hiperémesis gravídica aparece cuando la madre presenta un estado frecuente de náusea y vómito durante el periodo de gestación, la misma que afecta la homeostasis, equilibrio hidroelectrolítico, la función renal, el estado nutricional, provocando un grado de desnutrición en el feto y facilitando la existencia de un nacimiento prematuro. (2)

Preclamsia en la madre efectos en el momento del parto y desarrollo

Preeclamsia también conocida como toxemia del embarazo es una enfermedad relacionada con la hipertensión que ocurre en dos de cada diez mujeres durante el periodo de gestación con mayor frecuencia si se trata de su primer embarazo.

Nacimiento prematuro

Al tener un nacimiento prematuro el niño puede presentar:

Síndrome de dificultad respiratoria

Problemas del sistema nervioso central

CONDICIONES SOCIO ECONÓMICAS

La madre es de bajos recursos económicos, al momento no tiene trabajo y el estar pendiente de su hija no permite que pueda desempeñarse en algún cargo lo que ha provocado un retraso en la realización de exámenes complementarios importantes para el diagnóstico preciso de la ni

HIPERBILIRRUBINEMIA

El cerebro del recién nacido puede verse afectado por un sin número de situaciones en el presente caso clínico encontramos que la niña a muy corta edad (10 días de nacida) presenta valores elevados de bilirrubina considerado ya hiperbilirrubinemia la misma que se describe como la coloración amarilla en la piel (ictericia) es común en los recién nacidos pero los niveles de bilirrubina a partir de 20 mg/dL en un recién nacido pueden provocar daños al cerebro causando así una encefalopatía por hiperbilirrubinemia, esta patología provoca un cuadro neurológico que reside en el depósito de bilirrubina no procesada en determinadas células cerebrales lo que causa la pigmentación amarillenta y la destrucción de las células afectas. (5)

Las zonas principalmente afectadas por dicho proceso son los núcleos pálidos, el hipocampo y los núcleos subtalámicos, dando lugar a manifestaciones muy sutiles y tardías como defectos atencionales, y alteraciones del tono.

La bilirrubina es un pigmento tóxico sintetizado por el catabolismo de la hemoglobina el mismo que puede afectar a los sistemas biológicos, de manera particular al Sistema Nervioso.

Según Brodersen y Wennberg la bilirrubina puede adaptarse a la membrana celular de la célula nerviosa (neurona) mediante un equilibrio en el que intervienen diversos factores como la concentración sérica de albumina, pH del medio celular y los cambios en la estructura interna de la molécula de bilirrubina. El pigmento puede entrar y salir del citoplasma de la célula nerviosa siempre y cuando los factores antes mencionados se encuentren estables. Al existir una inestabilidad e ingresar la bilirrubina unida a una albumina por la barrera hematoencefálica dañada al interior de la neurona la bilirrubina produce una disrupción de la gradiente de protones que

interfieren directamente en los procesos oxidativos de la mitocondria lo que conduce a la apoptosis y la muerte neuronal. (6)

Además de las alteraciones mencionadas existen otros factores que provocan aumento de la bilirrubina como la presencia de sepsis, hemolisis, acidosis metabólica pero en este caso la prematuridad son factores muy negativos para desarrollar toxicidad por bilirrubina.

FALTA DE UN DIAGNÓSTICO PRECISO

La niña no presenta un diagnóstico preciso por lo que es evaluada constantemente y ha pasado por varios criterios sin encontrar el origen de su patología, es tratada en fisioterapia para evitar el deterioro en sus funciones motoras y sensitivas.

La niña fue diagnosticada de paraparesia espástica a los dos años, 11 meses; esta patología

FALTA DE ACCESO A LA INFORMACION A LA ATENCIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA CON ALTO RIESGO

La madre de la niña al ignorar los cuidados que debía tener al presentar un embarazo de alto riesgo no acude a los servicios de salud pública por lo que presenta varios problemas al momento del alumbramiento y la niña sufre las consecuencias de un parto prematuro.

La constitución garantiza a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia en el artículo 43 los derechos a

- 1.- No ser discriminada por su embarazo en el ámbito laboral, social y educativo
- 2.- gratuidad de los servicios de la salud materna
- 3.- Protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.

4.- Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

CARACTERIZACIÓN EN LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO	Acudir al control médico adecuado mes a mes para evitar problemas con el feto y su salud, además el personal multidisciplinario de salud debe informar sobre medidas de precaución durante el embarazo y en el presente caso notificar las consecuencias de mantener un embarazo de alto riesgo obstétrico.
CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	La madre al ser de bajos recursos económicos puede acudir a fundaciones, centro de desarrollo infantil de gobierno donde pueden ayudarle con el control médico ayudas económicas para realizar los exámenes correspondientes.
HIPERBILIRRUBINEMIA	Capacitar a la madre en cuanto a los cuidados con la niña, si presentaba una coloración amarilla en la piel lo más recomendable sería que acuda de manera inmediata al médico sin dejar pasar varios días, proveer información de las consecuencias que presenta el niño al tener un nivel alto de bilirrubina y así evitar en un futuro embarazo las mismas complicaciones.

FALTA DE UN DIAGNÓSTICO PRESISO	Aplicar las normas establecidas para la atención de la mujer embarazada con alto riesgo obstétrico y los cuidados para el recién nacido, y evitar daños futuros en el niño.
FALTA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN A LA ATENCIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA CON ALTO RIESGO	Sensibilización a la mujer embarazada para que acuda a educarse e informarse sobre los controles rutinarios que hoy en día se ofertan de manera gratuita en el Ministerio de Salud Pública.

Tabla 2 CARACTERIZACIÓN EN LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Al hablar de parálisis cerebral podemos decir que es un término utilizado para puntualizar un amplio grupo de trastornos o incapacidades motoras y posturales no progresivas a causa de un daño cerebral en el momento del parto o en la etapa perinatal. (3)

Si bien sabemos que la parálisis cerebral no es progresiva debemos tener en cuenta que a medida que el niño crece y su sistema nervioso se desarrolla el cuadro clínico varía.

En el presente caso clínico encontramos varias alteraciones como:

- Paraparesia espástica
- Ataxia estática
- Marcha paretoespástica y atáxica
- Dismetría bilateral
- Falta de coordinación
- Falta de equilibrio
- Disminución de la sensibilidad

Para todo este cuadro clínico la fisioterapia debe contar con varias fases y la principal en toda patología debe iniciar con una evaluación de la parte motora para determinar el grado de afectación que presenta nuestra paciente es así que valoraremos mediante la siguiente escala

Escala de Ashworth modificada

Ayuda a valorar el grado de espasticidad mediante una respuesta al movimiento realizado pasivamente por el fisioterapeuta.

Para su uso se ha denominado los valores de 0 a 4

0. No aumenta el tono

1. Resistencia mínima al final de un movimiento pasivo en flexión o extensión de un segmento de miembro.

2. Resistencia que aparece en mitad del recorrido de una movilización pasiva de un segmento de miembro.

3. Resistencia marcada durante todo el recorrido del movimiento pasivo.

4. Contractura permanente el segmento movilizado del miembro queda prácticamente fijado.

Al evaluar a la paciente mediante esta escala podemos decir que presenta un grado 2 al realizar ciertos movimientos como el de flexión y extensión pero al realizar los movimientos de rotación de cadera presenta un grado tres siendo más notorio a la rotación externa.

TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO

FISIOTERAPIA A CORTO PLAZO

Objetivos

- Inhibir el tono excesivo

- Lograr movimientos y posiciones normales
- Facilitar patrones de movimiento

VENDAJE NEUROMUSCULAR PROPIOCEPTIVO

Para la inhibición del tono excesivo y lograr posiciones normales se aplica un vendaje Neuromuscular Propioceptivo el mismo que cumple la función de aumentar la circulación linfática y sanguínea, reducir la fatiga muscular pero el más importante en este caso es modular el tono muscular y corregir la posición articular defectuosa.

Para lograr el propósito con el vendaje debemos recordar la distribución de los receptores sensoriales que tenemos en la piel como Ruffini denominados termorreceptores, los corpúsculos de Meissner que responden a los estímulos de presión rápida, los discos de Merkel que responden a la presión vertical estos dos últimos denominados mecano receptores y principalmente tenemos los corpúsculos de Pacini que son los encargados de enviar información a la articulación para un movimiento correcto. (4)

Estos receptores mencionados anteriormente pueden ser estimulados con la técnica de vendaje neuromuscular puesto que es una técnica mecánica y aprovecha el componente osteoligamentoso aprovechando la información propioceptiva y mecanorreceptiva tratando así de corregir una posición articular defectuosa o a su vez estimular una postura determinada.

Técnica

Paciente: de cubito supino con los miembros inferiores descubiertos.

Fisioterapeuta: a un lado del paciente junto al miembro a corregir

Acción: medir la longitud del miembro con la cinta que se va aplicar, Pegar la base del K tape sin elongación, el resto del recorrido debe aplicarse con una tensión del 50 al 75 % realizando una presión hacia donde se va a orientar el movimiento articular de esta manera estimularemos los propioceptores desencadenando respuestas hacia el SNC y mejorando la posición y movimiento articular



ILUSTRACIÓN 1 VENDAJE NEUROMUSCULAR PROPIOCEPTIVO

MÉTODO DE ROOD

Esta técnica consiste en una estimulación sensorial para provocar respuestas motrices por medio de los reflejos, ayuda a disminuir el espasmo muscular, a incrementar la excursión de los tejidos blandos y a despertar reacciones en la postura que se considera normales. Las diferentes técnicas abordan varias respuestas en la normalización del tono para mantener una postura adecuada. El método de Rood utiliza la estimulación de exteroceptores y propioceptores a través de percusiones, cepillado, estiramientos, posicionamientos, para provocar contracción y relajación muscular.

EJERCICIO 1

CEPILLADO RÁPIDO

Objetivo: sensibilizar el huso muscular, estimulando las fibras C que ayudan en el mantenimiento de la postura.

Paciente: paciente en decúbito supino, con el miembro a sensibilizar descubierto.

Fisioterapeuta: a un lado del paciente con la una mano sostiene el cepillo y con la otra el miembro a sensibilizar.

Acción: cepillar los dermatomos de distal a proximal de los músculos en los que se va a desensibilizar. Según Spincer este cepillado puede aplicarse de 3 a 5 veces durante 30 segundos.



Ilustración 2 CEPILLADO RÁPIDO

EJERCICIO 2

ESTIRAMIENTO RÁPIDO

Objetivo: obtener una respuesta fasica en miembros inferiores

Paciente: de cubito supino en la colchoneta

Fisioterapeuta: a los pies del paciente

Acción: movimiento de flexión a extensión de manera rápida en miembros inferiores.



Ilustración 3 ESTIRAMIENTO RÁPIDO

FISIOTERAPIA A MEDIANO PLAZO

Objetivos

Aumentar la amplitud del movimiento articular

Mejorar la estabilidad y coordinación

Ejercicio 1

CINESITERAPIA

Muy importante para prevenir la rigidez articular e impedir las deformaciones, ayuda a disminuir la espasticidad. Harris et. al recomienda que las movilizaciones deben realizarse de una manera pasiva y lenta al final del recorrido articular. (4)

Paciente: de cubito supino con los miembros inferiores descubiertos

Fisioterapeuta: a los pies del paciente con un globo en los pies del mismo.

Acción: a modo de estiramiento con las manos fijas en la articulación del tobillo realiza oscilaciones lentas sobre el globo de manera que se realice un estiramiento del musculo espástico.



Ilustración 4 CINESITERAPIA

EJERCICIO 2

ESTIRAMIENTOS

Paciente: de cubito supino

Fisioterapeuta: frente al paciente

Acción: conseguir una postura de estiramiento máximo muscular, los músculos antagonistas se activaran de una manera voluntaria.



Ilustración 5 ESTIRAMIENTOS

Para esta fase del tratamiento la técnica Kabat será de gran utilidad ya que tiene como finalidad restaurar la potencia de la musculatura al buscar la máxima activación de las unidades motoras. (4)

EJERCICIO 3

TRACCIÓN

Paciente: de cubito supino

Fisioterapeuta: en posición de caballero a los pies del paciente realizando una ligera resistencia y estiramiento.

Acción: movimiento de flexión venciendo la atracción de la gravedad



Ilustración 6 TRACCIÓN

EJERCICIO 4

APROXIMACIÓN

Paciente: de cubito supino

Fisioterapeuta: en posición de caballero a un costado del paciente

Acción: se relaciona con la extensión para mejorar la base de sustentación, el apoyo del peso mejora la estabilidad y da aumento del tono postural.



Ilustración 7 APROXIMACIÓN

EJERCICIO 5

CONTRACCIÓN MUSCULAR ACTIVA

Paciente: de cubito supino

Fisioterapeuta: al lado del paciente para trabajar la espasticidad

Acción: sostener, relajar contraer.



ILUSTRACIÓN 8 CONTRACCIÓN MUSCULAR ACTIVA

EJERCICIO 6

MOVILIDAD ACTIVA ASISTIDA

Paciente: de cubito supino

Fisioterapeuta: arrodillado junto al paciente

Acción: de la posición de extensión de la pierna del paciente tomar por el talón y realizar una flexión de rodilla cadera y pie.



Ilustración 9 MOVILIDAD ACTIVA ASISTIDA

FISIOTERAPIA A LARGO PLAZO

Fortalecer la musculatura de miembros interiores.

Como última fase del tratamiento utilizaremos la técnica de Facilitación Neuromuscular Propioceptiva (FNP) que tendrá por objetivo lograr el mayor nivel de funcionalidad del paciente integrando los principios de control y aprendizaje motor enfocándonos en el fortalecimiento de miembros inferiores y la marcha. (6)

EJERCICIO1

FLEXIÓN ABDUCCIÓN Y ROTACIÓN INTERNA DE RODILLA, CADERA Y PIE

Paciente: de cubito supino en la colchoneta

Fisioterapeuta: al lado a movilizar del paciente con una mano en el dorso del pie y la otra en la cara antero lateral del muslo.

Acción: elongación de toda la extremidad manteniendo la flexión plantar y la extensión completa de cadera y rodilla



Ilustración 10 FLEXIÓN ABDUCCIÓN Y ROTACIÓN INTERNA DE RODILLA, CADERA Y PIE

EJERCICIO 2

FLEXIÓN ABDUCCIÓN Y ROTACIÓN INTERNA CON FLEXIÓN DE LA RODILLA

Paciente: de cubito supino en la colchoneta

Fisioterapeuta: con la misma presa que el ejercicio anterior

Acción: pie arriba con flexión de rodilla y abducción de cadera hasta que el talón tope al borde del glúteo.

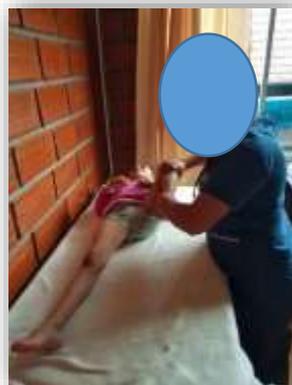


Ilustración 11 FLEXIÓN ABDUCCIÓN Y ROTACIÓN INTERNA CON FLEXIÓN DE LA RODILLA

EJERCICIO 3

FLEXIÓN ABDUCCIÓN Y ROTACIÓN INTERNA CON EXTENSIÓN DE RODILLA

Paciente: de cubito supino al filo de la camilla con la rodilla flexionada tanto como sea posible.

Fisioterapeuta: en posición de paso junto a la rodilla del paciente con una mano sobre la rodilla y otra sobre el dorso del pie.

Acción: de la posición de flexión de rodilla y pie en flexión e inversión abducir y extender cadera rodilla y pie.



Ilustración 12 FLEXIÓN ABDUCCIÓN Y ROTACIÓN INTERNA CON EXTENSIÓN DE RODILLA

EJERCICIO 4

EXTENSIÓN ABDUCCIÓN Y ROTACIÓN INTERNA

Paciente: de cubito supino al borde de la camilla

Fisioterapeuta: de pie junto al miembro a movilizar en posición de paso

Acción: traccionar toda la extremidad mientras se lleva el pie a la dorsiflexión e inversión, manteniendo la rotación externa; mientras se realiza el movimiento el pie va hacia la flexión y eversión facilitando así la rotación interna.



Ilustración 13 EXTENSIÓN ABDUCCIÓN Y ROTACIÓN INTERNA

EJERCICIO 5

COMBINACIÓN SIMÉTRICA BILATERAL EN EXTENSIÓN Y ABDUCCIÓN

Paciente: decúbito supino

Fisioterapeuta: a los pies del paciente tomándole del borde de los mismos

Acción: con una presión hacia las caderas extender y abducir las dos extremidades a la vez.



Ilustración 14 COMBINACIÓN SIMÉTRICA BILATERAL EN EXTENSIÓN Y ABDUCCIÓN

CONCLUSIONES

Luego de haber analizado el presente caso clínico y mediante una investigación verídica se puede determinar que las principales causas que provocan la paraparesia espástica son las complicaciones que sufre la niña desde el momento de la gestación hasta su nacimiento, siendo el principal factor una hiperbilirrubinemia que a pocos días de nacida presentó la niña sin ser sometida a un tratamiento adecuado.

Los puntos críticos sometidos a discusión en el presente caso clínico son una parte fundamental puesto que gracias a estos se puede llegar al origen de la patología, están relacionados con factores biológicos, ambientales, sociales y el estilo de vida de la infante, los mismos que inciden en el desarrollo del cuadro clínico.

En cuanto a las complicaciones y limitaciones físicas encontramos un sin número de desórdenes motores en los miembros inferiores entre ellos están: marcha ataxia, limitación en la amplitud articular, espasticidad grado II, y sus caderas son coxavara, además se observa un deterioro en las funciones motoras de la paciente por la falta de constancia en la fisioterapia.

El tratamiento planteado para la niña con paraparesia espástica fue con el propósito de cubrir las necesidades que tenía la paciente y cumplir ciertos objetivos para mejorar las funciones alteradas, así como mejorar la calidad de vida de la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Alder , Beckers , Buck. La Facilitacion Neuromuscular en la Practica. Tercera Edicion ed. T. de Alvear M, editor. Buenos Aires, Argentina: Editorial Medica Panamericana; 2012.(11)
2. Campistol J, Galvez H, Garcia A, Malaga I, Iriondo M, cusi V. Disfunci3n neurol3gica inducida por bilirrubina. Neurologia. 2012 mayo; 27(4).(6)
3. Chicaiza Vxm. Vendaje neuromuscular: efectos neurofisiol3gicos y el papel de las fascias. Revista ciencias de la salud. 2014 Dec.(8)
4. Del Pozo J, Gomez - Tellado M. Malformaciones Vasculares en la Infancia. Actas Dermo - Sifiliogr3ficas. 2012 Oct; 103(8).(12)
5. Diez GE. Fisioterapia de la espasticidad t3cnicas y m3todos. 2004 mar.(9)
6. Donoso GP. Sindromes discapacitantes en Rehabilitaci3n. Segunda ed. Donoso P, editor. Quito: Arco Iris Producciones Gr3ficas; 2003.(2)
7. Downie P. Neurologia para Fisioterapeutas. Cuarta ed. De Alvear TM, editor. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2001.(5)
8. Fernandez AE. Neurologia Pediatrica. 3rd ed. Alvear MTd, editor. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2007.(1)
9. Gabbe S, Niebyl J, Simpson J. Obstetricia. Original ed. L3pez MJ, editor. Madrid -Espa3a: Marban; 2004.(3)
10. Guerra LJ. Manual de fisioterapia. Primera ed. Saavedra mjl, editor. M3xico: el manual moderno, s.a de C.V.; 2004.(10)
11. 7. Levitt S. Tratamiento de la Paralisis Cerebral y del Retraso Motor. 5th ed. Klajn D, Lopez M, Tzal K, editors. Madrid Espa3a: Editorial Medica Panamericana; 2013.(7)
12. Lombardia PJ, Fernandez PML. Emesis e Hiperemesis Gravidica. Semergen, Medicina Familiar. 2003 septiembre; 29(8).(4)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASES DE DATOS UTA

SCOPUS: Devoogdt N. et.al. Randomizados prueba controlada; 2011. (doi: 10.1136/bmj.d5326). <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84859004177&origin=reflist&sort=plff&src=s&st1=fisioterapia+cncer+de+mama&st2=&sid=B51966EFF053B2B7D0CB7C0737448570.aXcZxbyuHHiXgaIW6Ho7g%3a60&sot=b&sdt=b&sl>

SCOPUS: Nuñez M, Fernández A. Scopus. [Online].; 2014 [cited 2017 Junio 19. Available from: [https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84857082178&origin=resultslist&sort=plff&src=s&st1=paraplejia&nlo=&nlr=&nls=&sid=A52160C6E611EEDCB10874A7748B4D72.WIW7NKKC52nnQNxjqAQrlA%3a310&sot=b&sdt=sisr&sl=25&s=TITLE-ABS-KEY%28paraplejia%29&ref=%.\(12](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84857082178&origin=resultslist&sort=plff&src=s&st1=paraplejia&nlo=&nlr=&nls=&sid=A52160C6E611EEDCB10874A7748B4D72.WIW7NKKC52nnQNxjqAQrlA%3a310&sot=b&sdt=sisr&sl=25&s=TITLE-ABS-KEY%28paraplejia%29&ref=%.(12)

SCOPUS: Vásquez A, Romo F, Martínez J. Scopus. [Online].; 2014 [cited 2017 Julio 18. Available from: [https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84867799272&origin=resultslist&sort=plff&src=s&st1=paraplejia&st2=&sid=A52160C6E611EEDCB10874A7748B4D72.WIW7NKKC52nnQNxjqAQrlA%3a10&sot=b&sdt=b&sl=25&s=TITLEABSKEY%28paraplejia%29&relpos=7&citeContent=0&\(11](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84867799272&origin=resultslist&sort=plff&src=s&st1=paraplejia&st2=&sid=A52160C6E611EEDCB10874A7748B4D72.WIW7NKKC52nnQNxjqAQrlA%3a10&sot=b&sdt=b&sl=25&s=TITLEABSKEY%28paraplejia%29&relpos=7&citeContent=0&(11)

EBSCO HOST: Braz da Siiva N. F. et.al.: Una Revisión De La Literatura;2014. (ISSN: 1518-345). <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=a05578cc-7b4e-4166-a839-248704a29334%40sessionmgr4005&hid=4206>

EBSCO HOST: Hechavarria Andrial Z. E. et.al. F al teraciones físicas y funcionales; 2014. (ISSN: 1029-3019). <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7257128bcb4c-4a65-9f01-23c826027de4%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4206> •

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1 Entrevista a la madre de la niña



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



1.- acudía con normalidad a los controles de su embarazo

.....
.....

2.- ¿Consumió algún medicamento que no haya sido recetado por el medico?

.....
.....

3.- ¿Tuvo alguna complicación el momento del parto?

.....
.....

4.- ¿A qué edad comenzó a observar problemas en la niña?

.....
.....

5.- ¿Pudo realizarle todos los exámenes que el medico solicito?

.....
.....

6.- ¿En cuántas casas de salud ha sido atendida la niña?

.....
.....

7.- ¿Ha mejorado la salud de su hija en este tiempo?

.....

Anexo 2


POLICÍA NACIONAL DEL ECUADOR
HOSPITAL QUITO NO1
SERVICIO DE NEUROLOGIA
INFORME DE ELECTROENCEFALOGRAFIA

PACIENTE : GUALA CASTILLO JAELY ANTONELLA
FECHA : 3 DE Diciembre del 2015 Edad: 3 años

DESCRIPCION

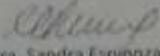
EEG digital 20 canales. Sistema 10-20. En sueño espontaneo. Sensibilidad 15 uV, HF-70 uV. Duración 20 minutos

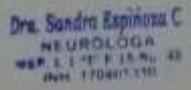
HALLAZGOS

Trazado de fondo a nivel posterior en torno a theta en relación a somnolencia espontánea, desorganizado. Presencia durante todo el registro de abundante actividad relacionada con sueño, como ondas del vertex, husos y complejos K, simétricamente distribuidos.
No se aprecia actividad epileptiforme
La EU no activa el registro

CONCLUSION

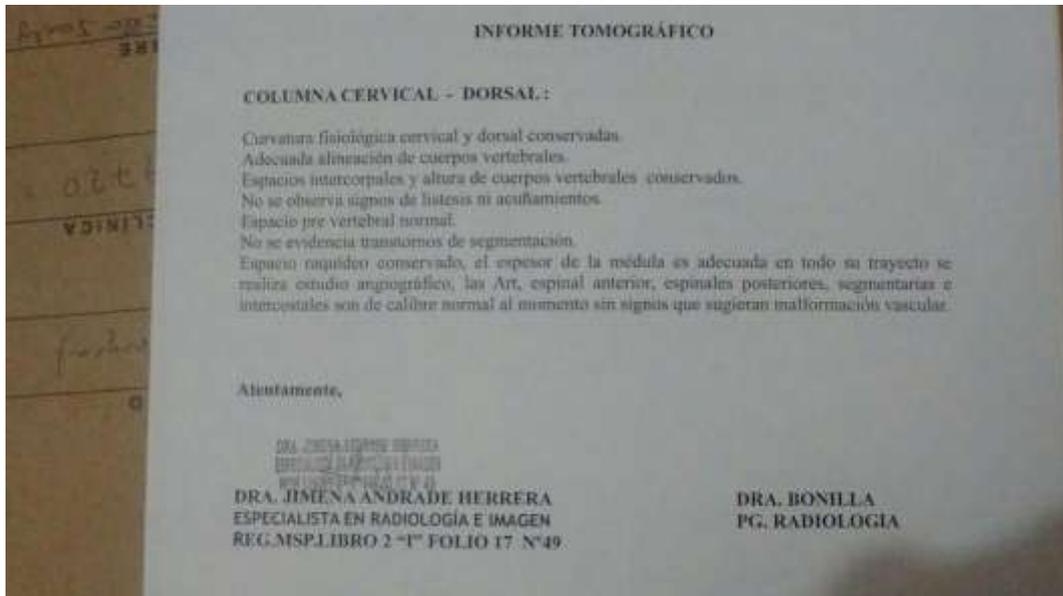
EEG en sueño espontaneo estadio II de sueño NO-REM, sin actividad epileptiforme.


Dra. Sandra Espinoza
Neuróloga


Dra. Sandra Espinoza C.
NEURÓLOGA
M.P. 1.170.417.110

Cama: _____
Fecha: _____

Anexo 3



Anexo 4

