



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA
EL DESARROLLO LOCAL

**“Programa de atención temprana dirigido a los niños/as con desórdenes
neurológicos atendidos en el departamento de Medicina Física y
Rehabilitación del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. 2012”**

Tesis de grado

Autor:

Miranda Hidalgo, Germania Magdalena

Directora:

Donoso Palomeque, Miryan Susana. Mg

CENTRO UNIVERSITARIO PORTOVIEJO

2013

Certificación

Mg.

Susana Donoso

DIRECTORA DE TESIS DE GRADO

CERTIFICA:

Que el presente trabajo denominado, “Programa de atención temprana dirigido a los niños/as con desórdenes neurológicos atendidos en el departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. 2012”, realizado por el profesional en formación: Miranda Hidalgo Germania Magdalena; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Portoviejo, enero de 2013

f).....

Cesión de derecho

Yo, Miranda Hidalgo Germania Magdalena, declaro ser autor (a) de la presente tesis y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f).....

Autor. Miranda Hidalgo Germania Magdalena

Cédula. 1802199214

Autoría

Las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo de fin de carrera, son de exclusiva responsabilidad de su autor

f).....

Autor. Miranda Hidalgo Germania Magdalena

Cédula. 1802199214

Dedicatoria

A Dios por su perpetua bondad e infinito amor, a mi hija y a mi madre quienes más han sufrido mis ausencias a lo largo de mi preparación en este posgrado; que con su amor, paciencia y apoyo incondicional me impulsaron a seguir adelante, cultivando en mí la perseverancia y responsabilidad.

Germania

Agradecimiento

Dejo constancia de mi especial agradecimiento al personal docente y administrativo responsable de la Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, por la generosa oportunidad brindada de seguir esta Maestría que me ha permitido el mejoramiento y capacitación profesional.

Agradezco a los directivos del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, en la persona del Dr. Abel Giler, jefe del departamento de Medicina Física y Rehabilitación quien me facilitó la infraestructura y los permisos correspondientes para realizar las diferentes actividades que hicieron posible la culminación de este trabajo.

A todo el personal médico y de rehabilitación que participaron activamente en el desarrollo de los diferentes talleres y conferencias, a los padres y madres de familia y a los expositores que participaron con entusiasmo en las diferentes capacitaciones.

Mención especial merece la Lcda. Susana Donoso, quien muy comedidamente supo guiarme en la elaboración de la presente tesis.

El Autor

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE CONTENIDOS	PÁGINAS
Preliminares	
Portada	I
Certificación del director	II
Autoría	III
Cesión de Derecho	IV
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice de cuadros	VII
Índice de contenido	VIII
Índice de apéndices	IX
Resumen	XI
Abstracto	XII
Cuerpo de la tesis	
Introducción	1
Problematización	3
Justificación	5
Objetivos	6
CAPITULO I	
1. MARCO TEÓRICO	
1.1. Marco institucional	7
1.1.1 Aspectos Geográficos del lugar	7
1.1.2. Dinámica Poblacional	8
1.1.3. Misión de la institución:	9
1.1.4. Visión de la institución:	9
1.1.5. Características de la organización administrativa	9
1.1.6. Servicios que presta la institución:	10
1.1.7. Datos estadísticos de cobertura o estado de salud de la población	11
1.1.8. Características geofísicas de la institución:	12
1.1.9. Políticas de la institución:	13
1.2. Marco conceptual	14
1.2.1. Calidad de atención	14
1.2.2. Satisfacción de los usuarios de los servicios de rehabilitación.	15

1.2.3. Atención temprana	15
1.2.4. Objetivos de los programas de atención temprana	16
1.2.5. Desarrollo infantil	21
1.2.6. Trastornos en el desarrollo	23
1.2.7. Equipo interdisciplinar	23
1.2.8. Pasos para la atención integral del niño/a con discapacidad:	24
1.2.8.1. Evaluación del niño y de su entorno	24
1.2.8.2. Elaboración de hipótesis diagnósticas y de un plan de intervención	24
1.2.8.3. Entrevista de evolución	24
1.2.8.4. Intervención terapéutica	25
1.2.9. Atención al niño	25
1.2.10. Atención a la familia	26
1.2.11. Evaluación y seguimiento	27
1.2.12. Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional	27
1.2.13. Rehabilitación (niños y niñas con trastornos neurológicos)	28
1.2.14. Rehabilitación Funcional	30
1.2.15. Medidas Médicas	31
1.2.16. La Rehabilitación infantil	31
1.2.17. La Rehabilitación neurológica infantil	32
1.2.18. Técnicas de rehabilitación	32
1.2.19. Cómo se aplican estas técnicas	33
1.2.20. La familia como educadora del paciente neurológico	33
1.2.21. Actitudes negativas y positivas	34
1.2.22. La ayuda que los padres deben recibir de los profesionales	35
1.2.23. Guías de Atención	36
1.2.23.1. Objetivos de una guía de atención, guías de práctica clínica, protocolos	37
1.2.23.2. Metodología para elaborar una guía de atención o protocolo.	37
1.2.23.3. Proceso de elaboración	38
1.2.23.4. Validación	39
1.2.23.5. Implantación	39

CAPITULO II

2. DISEÑO METODOLÓGICO	40
2.1 Matriz de involucrados	40
2.2 Árbol del problema	42
2.3 Árbol de objetivos	43
2.4 Matriz del marco lógico	44

CAPITULO III

RESULTADO 1

1.1. Reunión de socialización y extensión de oficios a las autoridades para la aprobación.	49
1.2. Diseño de las Guías de Atención Temprana a niños/as con desórdenes neurológicos	50
1.3. Aprobación de las Guías de Atención Temprana a niños/as con desórdenes neurológicos	51
1.4. Aplicación de las Guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos.	51
Evaluación de indicadores de resultados	56

RESULTADO 2

2.1. Elaboración de la planificación de la capacitación sobre: Guías de Atención Temprana a niños/as con desórdenes neurológicos (metodología- recursos- facilitadores)	58
2.2. Reunión con las autoridades para la aprobación de la capacitación al equipo de salud y su planificación.	62
2.3. Búsqueda de recursos, invitaciones, lugar, multimedia, materiales a poyo, conferencistas.	63
2.4. Ejecución de la capacitación al equipo de salud sobre las Guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos	64
2.5. Evaluación de la capacitación al equipo de salud (aplicación de encuesta de satisfacción)	65
Evaluación de indicadores de resultados	66

RESULTADO 3

3.1. Entrevista con directivos para solicitar autorización de la capacitación a los padres y madres de niños/as con desórdenes neurológicos.	71
3.2. Planificación de la capacitación a los padres y madres de niños/as con desórdenes neurológicos sobre el cuidado de su salud.	71
3.3. Reunión con el equipo de salud para socializar las actividades y solicitar apoyo.	78
3.4. Elaboración de un manual de apoyo para los padres y madres de niños/as con desórdenes neurológicos sobre el cuidado de su salud y aprobación del mismo.	78
3.5. Búsqueda de recursos (invitaciones, lugar, multimedia, conferencistas)	79
3.6. Ejecución de la capacitación a los padres y madres a los padres y madres de niños/as con desórdenes neurológicos sobre el cuidado de su salud	79
3.7. Evaluación de la capacitación a padres y madres de familia.	82
Evaluación de indicadores de resultados	83

CONCLUSIONES	88
---------------------	----

RECOMENDACIONES	89
------------------------	----

BIBLIOGRAFÍA	90
---------------------	----

APÉNDICES	
------------------	--

ÍNDICE DE CUADROS Y APÉNDICES

ÍNDICE DE CUADROS		PÁGINAS
Cuadro N°	1 10 Principales causas de morbilidad del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda 2011	11
Cuadro N	2 10 Primeras Causas de Egresos Hospitalarios Del 2011	12
Cuadro N°	3 Distribución porcentual de las atenciones brindadas a los niños y niñas con desordenes neurológicos	56
Cuadro N°	4 Criterio del equipo de salud sobre los temas en atención temprana tratados en la capacitación	67
Cuadro N°	5 Criterio del equipo de salud sobre el periodo de duración de la capacitación	68
Cuadro N°	6 Criterio del equipo de salud sobre las guías de atención temprana a los niños y niñas con desórdenes neurológicos	69
Cuadro N°	7 Criterio del equipo de salud sobre la metodología que aplicaron los conferencistas	70
Cuadro N°	8 Distribución porcentual del test de conocimiento a los padres y madres de familia sobre adecuado manejo en la salud del niño/a con desórdenes neurológicos	83
Cuadro N°	9 Distribución porcentual de la encuesta de satisfacción a los padres y madres de familia de los niños y niñas con desórdenes neurológicos	87

ÍNDICE DE APÉNDICES

Apéndice N^a	1	Certificación Institucional. Acta de compromiso
Apéndice N^a	2	Ficha de control y avance del proyecto de acción
Apéndice N^a	3	Oficios enviados, actas
Apéndice N^a	4	Fotorrelatoria
Apéndice N^a	5	Encuestas
Apéndice N^a	6	Lista de asistentes
Apéndice N^a	7	Esquemas de tratamiento y estudios de caso
Apéndice N^a	8	Aprobación de las Guías y Manual

RESUMEN

En el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, Provincia de Manabí – Ecuador, se desarrolló un proyecto de intervención encaminado a mejorar la calidad de atención de los niños/as con desórdenes neurológicos que asisten al departamento de Medicina Física y Rehabilitación.

Se realizó un diagnóstico en el que se priorizó como problema central: Los niños/as no reciben una buena calidad de atención; estableciéndose como factores causales: Inexistencia de guías de atención temprana, desactualización del equipo de salud, padres y madres de familia con desconocimiento sobre el cuidado adecuado en la salud del niño/a.

Como respuesta a esta problemática se ejecutó un proyecto de acción cuya finalidad fue mejorar la calidad de atención a los niños/as, los resultados estuvieron orientados a la aplicación de guías, actualización al equipo de salud e información a los padres y madres sobre el cuidado adecuado en la salud del niño/a.

Como conclusión se establece que el cumplimiento de los objetivos del proyecto permitió dar una buena calidad de atención en salud, lo que conllevó a disminuir en los niños/as las limitaciones permanentes.

ABSTRACT

In the Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Portoviejo, Manabí Province - Ecuador developed an intervention project aimed at improving the quality of care of children / as neurological disorders attending the Department of Physical Medicine and Rehabilitation.

A diagnosis which prioritized the central problem: Children / as do not get good quality care; established as causal factors: Lack of early care guides, outdated health team, parents and family with lack of proper care in child health / a.

In response to this problem was implemented an action project whose purpose was to improve the quality of care for children / as, the results were oriented to the implementation of guidelines, updating the health team and information for parents about caring appropriate child health / a.

In conclusion states that meeting the objectives of the project allowed to give a good quality of health care, which led to decrease in children / as permanent limitations.

INTRODUCCIÓN

Según la organización Mundial de la Salud (2011) de los Principios de la Salud Pública y Trastornos Neurológicos nos dice:

“Se pueden hacer muchas distinciones entre la práctica de la salud pública y la de neurología clínica. Los profesionales de la salud pública abordan la neurología en forma más amplia que los neurólogos, ya que monitorean los trastornos neurológicos y los problemas relacionados con la salud en comunidades enteras y promueven en ellas prácticas y conductas para asegurar que las poblaciones permanezcan saludables”

Con este enunciado se analiza la importancia del abordaje de los problemas neurológicos en la población, partiendo del alto índice de personas con discapacidad en Ecuador. Según el estudio realizado por el CONADIS de Ecuador, el 13,2% de la población ecuatoriana padece discapacidad, más del 60% son niños, y el 41,6% de alteraciones del desarrollo y los resultados obtenidos en esta primera experiencia, hacen posible que se considere conveniente la consolidación del Programa y la ampliación de su ámbito de aplicación. (Tomado de la página web <http://www.sld.cu/galerias>)

Uno de los organismos encargados de dictar las políticas en materia de discapacidades, (CONADIS) considera urgente y prioritario en el contexto de la prevención de las discapacidades la concreción de un Programa Nacional de Detección y Atención Oportuna para Niños de Alto Riesgo Psico-Neuro-Sensorial, por las siguientes razones:

En Ecuador son casi inexistentes las acciones de detección, prevención y atención oportuna de los niños menores de 5 años que se encuentran en situación de riesgo psico-neuro-sensorial y con un proyecto de esta naturaleza se contribuirá a disminuir la prevalencia de deficiencias físicas, mentales o sensoriales en nuestra población infantil.

Es necesario orientar a la familia en la detección y atención oportuna de los problemas del desarrollo del niño. Las acciones que se ejecuten estarán orientadas a mejorar la calidad de vida de la población infantil y su acción dinamizará el potencial en los diversos escenarios de convivencia del niño, es decir la familia.

Este proyecto tuvo como objetivo general brindar buena calidad de atención a los niños/as con desórdenes neurológicos atendidos en el departamento Medicina Física del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, mediante guías de atención temprana, actualización al equipo de salud y capacitación a los padres y madres de familia sobre el cuidado adecuado en la salud de su hijo/a.

El *primer objetivo* trazado fue el diseñar e implementar guías de atención temprana a los niños/as con desórdenes neurológicos, mediante reuniones con autoridades para socializar y aprobar las mismas, investigación y revisión bibliográfica para su diseño y por último su aplicación, que conto en las distintas valoraciones diagnósticas, fortalecimiento del proceso de remisión y por último aplicación de las diferentes técnicas de rehabilitación física, ocupacional y de lenguaje.

Como *segundo Objetivo* se propuso actualizar al equipo de salud sobre guías de atención temprana a los niños/as con desórdenes neurológicos, en este proceso se diseño la planificaron de los temas, se procedió a solicitar las autorizaciones respectivas del evento y búsqueda de recursos como capacitadores, se ejecutó la capacitación que costo con la asistencia del equipo de salud, luego de esta se evaluó la misma.

El *tercero objetivo* fue Informar a los padres de familia sobre el manejo adecuado del niño en casa, para lograr su involucramiento en el tratamiento, para esto se realizo una entrevista con directivos para solicitar autorización, posteriormente se elaboro la planificación con ejes temáticos de interés para los padres y madres, se reunió al equipo de salud para socializar la actividades y solicitar apoyo, se designaron responsables y se elaboró un manual de apoyo, se procedió a la ejecución de la capacitación y para medir resultados se aplico una encuesta de conocimiento.

Como conclusión se cumplió con los objetivos planteados y la factibilidad del mismo fue dada por el comprometimiento y apoyo de las autoridades, así como el involucramiento del equipo de salud y participación activa de los padres y madres de familia.

PROBLEMATIZACIÓN

El tratamiento de atención temprana en rehabilitación física/ocupacional consiste en ayudar al niño/a a recuperar el máximo nivel posible de funcionalidad e independencia y a mejorar su calidad de vida general tanto en el aspecto físico como en los aspectos psicológico y social, tomando en cuenta que más de 1 millón de recién nacidos que sobreviven a la asfixia desarrollan Parálisis Cerebral, problemas de aprendizaje y otros. (Tomado de la página web <http://cdigital.uv.mx>)

Según la población total del Ecuador, en los últimos años nacieron 305.284 niños, aplicando el 3% que es el porcentaje de niños con riesgo, fue un total de 9.158 niños. El Programa (NAR) con atención también en la ciudad de Manta atendió durante ese año 717 casos nuevos de niños con riesgo, por lo tanto la cobertura fue del 8%. (Tomada de la pagina web <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios>)

En el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo son atendidos alrededor de 115 niños con desórdenes neurológicos perennes en el departamento de Medicina Física, por este motivo afronta en la actualidad diversos problemas de atención debido al gran número de pacientes demandando los servicios, a esto se suma la falta de programas que ante la necesidad inmediata del usuario no son elaborados e implementados, desmejorando así la calidad de la atención y vida de estos pacientes. (Datos estadísticos del departamento de rehabilitación - año 2012)

Los niños con antecedentes como la asfixia neonatal con probable repercusión en el sistema neurológico no son atendidos prioritariamente con un programa de atención temprana, siendo niños de alto riesgo, así también aquellos cuyo diagnóstico ha sido establecido; deben ser atendidos de modo que no solo se involucre al personal de rehabilitación física si no al personal de salud y familia inmersa en la problemática.

Ante esta situación en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo se realizó un diagnóstico participativo, mediante la técnica de grupo focal, en el que se identificó como problema central que los niños/as con trastornos neurológicos no cuentan con un programa de atención temprana, determinándose como factores causales los siguientes:

1. Inexistencia de guías de atención temprana a los niños/as con desórdenes neurológicos; debido a que la necesidad no ha sido identificada por el poco compromiso de autoridades, esto ocasiona que los niños/as no sean tratados correctamente, con presencia de complicaciones y por ende hayan las limitaciones y secuelas.
2. Equipo de salud desactualizado sobre guías de atención temprana a los niños/as con desórdenes neurológicos por la inexistencia de planes de educación y capacitación; debido a que no existe decisión gerencial, esto ocasiona que los niño/as no reciban atención de calidad, recibiendo un tratamiento deficiente e incompleto provocando que no progresen en su recuperación.
3. Padres y madres de familia con desconocimiento sobre el cuidado adecuado en la salud del niño, debido a que el equipo de salud no educa por el poco interés, lo que ocasiona que haya un mal manejo del niño/a en el hogar, que haya retraso en la rehabilitación; y, como consecuencia haya un deterioro en la salud del niño/a.

Toda esta problemática genera que los niño/as con desórdenes neurológicos aumenten sus limitaciones permanentes. Surge ahora la interrogante ¿Es factible la implementación de un Programa de Atención Temprana dirigido a los niños/as con desórdenes neurológicos atendidos en el departamento de Medicina Física del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo?

JUSTIFICACION

Brindar apoyo al tratamiento de rehabilitación, intervención temprana e integración en la sociedad de niños con disfunciones neurológicas que traen como consecuencia alteraciones motoras, sensoriales y / o cognitivas, con el propósito de mejorar la calidad de atención de estos niños, de la misma forma favorecer las condiciones para que los niños/as tengan acceso a un servicio de prevención, diagnóstico, tratamiento interdisciplinario y educación terapéutica especializada de alta calidad, ayudándolos a que alcancen su máximo potencial, y superen sus limitaciones.

La rehabilitación que es un proceso que ayuda al paciente a conseguir los máximos niveles posibles de funcionalidad, independencia y calidad de vida, no repara ni hace desaparecer el daño causado por una enfermedad o un traumatismo, sino que favorece la recuperación de la salud, funcionalidad y bienestar óptimo del paciente, este contexto constituye la relevancia científica de este proyecto de intervención.

Los niños/as con desórdenes neurológicos que conllevan una discapacidad son seres integrales que al igual que todos necesita satisfacer sus necesidades. Bajo este marco, el discapacitado, debe tener los servicios de rehabilitación que le garanticen vivir de la manera más similar a la de sus semejantes. A los niños no se les debe negar el placer del movimiento, para desarrollarse como un ser integral.

Así mismo, los integrantes de la familia se ven afectados por la discapacidad del paciente y muchas veces, se convierten en asistentes del cuidado del niño y se ven sometidos a muchos cambios debido a su limitación. Los miembros de la familia con frecuencia pasan por el mismo período de dolor que el paciente cuando se produce la pérdida de una función.

En lo personal y profesional este proyecto desarrollado en beneficio de los niños y niñas con desórdenes neurológicos que son atendidos en el hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, enmarca una nueva visión de la salud y de la atención temprana, con la simple finalidad de mejorar la calidad de atención de estos niños/as y así disminuir al máximo sus limitaciones permanentes.

OBJETIVOS

1. GENERAL

Brindar buena calidad de atención a los niños/as con desórdenes neurológicos atendidos en el departamento Medicina Física del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, mediante guías de atención temprana, actualización al equipo de salud y capacitación a los padres y madres de familia sobre el cuidado adecuado en la salud de su hijo/a.

2. ESPECÍFICOS

- Diseñar e implementar guías de atención temprana a los niños/as con desórdenes neurológicos.
- Actualizar al equipo de salud sobre guías de atención temprana a los niños/as con desórdenes neurológicos.
- Informar a los padres de familia sobre el manejo adecuado del niño en casa, para lograr su involucramiento en el tratamiento.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. MARCO INSTITUCIONAL

1.1.1. Aspectos geográficos del lugar

La ciudad de San Gregorio de Portoviejo, es la capital de la Provincia de Manabí. Limita al Norte con los cantones Rocafuerte, Sucre, Junín y Bolívar, al Sur con el cantón Santa Ana, al Oeste con el cantón Montecristi y el Océano Pacífico y al Este con los cantones Pichincha y Santa Ana. (Tomado de la página web <http://www.portoviejo.gob.ec>)

A la ciudad se la conoce tradicionalmente como “la ciudad de los Reales Tamarindos” porque en ella había frondosos árboles de esta especie. El área urbana de la ciudad de Portoviejo está instalada en el valle del Río Portoviejo, presentando características topográficas regulares, no obstante cabe anotar que se está desarrollando inclusive sobre las estribaciones de algunas colinas que rodean la ciudad (Ver imagen No. 1)

Imagen No. 1

Portoviejo, Capital de Manabí / Parroquia Crucita



Fuente: www.portoviejo.gob.ec

La estructura de la zona rural es diferente al ser zonas dedicadas exclusivamente a las actividades agropecuarias. Un caso especial en el cantón Portoviejo es la

parroquia rural de Crucita que es la única con salida al mar y su entorno se ve afectado con mayores procesos erosivos.

De acuerdo a los datos reportados por el I. Municipio de Portoviejo, en su Website: www.portoviejo.gob.ec:

“El cantón Portoviejo está ubicado geográficamente a los 01 grados, 3 minutos, y 8 segundos de latitud sur, y 80 grados, 27 minutos, y 2 segundos de longitud oeste. Se localiza a 28 Km. de la costa, Se localiza a 28 Km. de la costa, tiene una superficie de 954,9km². El clima es muy variable, aunque generalmente cálido, en el transcurso del verano el clima es templado. No así en el invierno cuando el clima es muy caluroso. La temperatura promedio es de 24 grados centígrados. Las precipitaciones anuales varían entre 500 y 1000 m.”

1.1.2. Dinámica poblacional

Según datos los Censos realizados por el INEC: “En el 2010 el cantón Portoviejo posee una superficie de 967.5 km², una densidad poblacional total de 274.330”. Su población está compuesta mayoritariamente por mestizos, descendientes de españoles, minorías negras, italianas, libanesas y descendientes de las culturas nativas de la zona. Al ser una ciudad ubicada en el centro de la provincia, es el punto estratégico donde concurren los habitantes de los pueblos y ciudades aledañas”.

En función de la nacimientos y fallecimientos registrados durante el año 2007, el Cantón reporta una tasa de mortalidad del 0,41% anual y una tasa de natalidad de 2.80%, lo que deriva en una tasa de crecimiento anual neta de 2,40%; excluyéndose de este análisis los factores migratorios.

La pobreza alcanza un 61,8%, convirtiéndose la reducción de este índice, en uno de los mayores retos de la planificación estratégica cantonal. La migración es un fenómeno que tiene repercusión tanto en lo económico como en lo social, desde la perspectiva individual, familiar y nacional. Los ingresos de divisas provenientes de los migrantes constituyen el segundo rubro en importancia luego del petróleo.

Los datos preliminares del Censo del INEC, 2010; y recuperados en la web www.inec.gob.ec, se indica que:

“Del total de hogares portovejenses el 5% tiene por lo menos un miembro del hogar fuera del país. El mayor número de migrantes se concentra en el grupo de 15 a 39 años de edad. Este grupo está compuesto por mano de obra, con mayores oportunidades de incorporarse al mercado de trabajo en el país de destino.” Fascículo de Portoviejo”.

La mayoría de los emigrantes son hijos de familia, solteros, tienen instrucción secundaria. El motivo principal de la migración es buscar trabajo, tienen como principales destinos España y Estados Unidos.

1.1.3. Misión de la institución

En el departamento de secretaría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda- Portoviejo, encontramos la misión de la institución; la misma que dice:

“Somos un Hospital General, que bajo los lineamientos y normativas del Sistema Nacional de Salud Pública (MSP) ofertamos atención de calidad con calidez en acciones de prevención, promoción, curación y rehabilitación de la salud, con énfasis en el trabajo en equipo que conlleve al desarrollo integral y permanente de los talentos humanos”

1.1.4. Visión de la institución

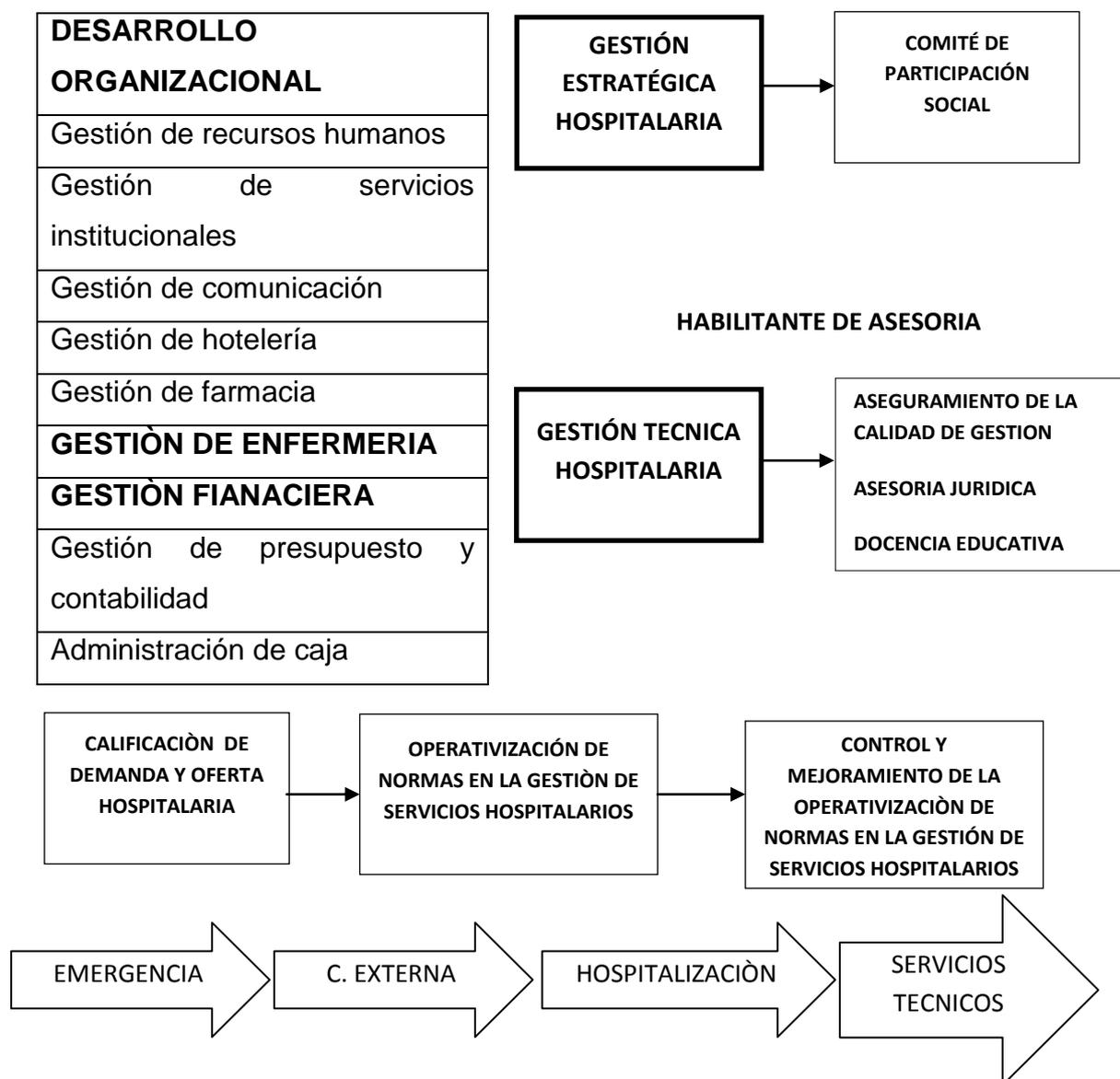
La visión del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda- Portoviejo, según su plan operativo nos dice:

“Hasta el 2012, nuestra unidad hospitalaria estará en capacidad de aplicar con efectividad los procesos gerenciales estratégicos que permita el reconocimiento como una organización de calidad comprometida con el usuario y sus necesidades a través de una organización horizontal y participativa, con tecnología acorde al avance técnico-científico que garantice talentos humanos acreditados”

1.1.8. Características de la organización administrativa

La estructura organizativa del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda esta conformada de la siguiente forma:

ORGANIGRAMA



Fuente: Poa Hospital Verdi Cevallos Balda 2011

1.1.9. Servicios que presta la institución

Fundado en el año 1987, iniciando las actividades donde actualmente funciona en el año 1916, cumple acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de rehabilitación en las 4 especialidades básicas: Cirugía, Medicina interna, Pediatría y Gineco- Obstetricia.

El Hospital Verdi Cevallos Balda, cumple a cabalidad con los programas que presenta el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, dentro de dichos programas tenemos:

- Programa de Control de la Tuberculosis (P.C.T)
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
- Planificación Familiar y Detección Oportuna de Cáncer.
- Programa de Infección Respiratoria Aguda, IRA.
- Programa de Enfermedad Diarreica Aguda, EDA.
- Programa de Atención Odontológica.
- Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI).
- Programa de control y prevención de VIH / SIDA e ITS.
- Programa de Agua Segura Hospitalaria.
- Programa de Prevención de la Enfermedad de Chagas.
- Programa de Lactancia Materna

1.1.10. Datos estadísticos de cobertura

Las primeras 10 causas de morbilidad del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda son:

Cuadro No. 1
10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD 2011

Nº	CODIGO	CAUSAS	PORCENTAJE
1	A09	EDA	55,5
2	R50.1	PARASITOSIS	12,8
3	A04	ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS	7,5
4	N00.1	INFECCIONES EN LAS VÍAS URINARIAS	7,2
5	I10	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	6,6
6	H65	OTITIS MEDIA AGUDA	2,8
7	N.98.8	LEUCORREAS	2,7
8	B 86.X	ESCABIOSAS	2,4
9	L00-L08	DERMATITIS	2,2
10	005.9	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA	0,4
		TOTAL	100,0

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Verdi Cevallos Balda
ELABORADO POR: Licda. Germania Miranda Hidalgo.

Análisis e Interpretación:

En el cuadro No. 1 podemos observar que entre las primeras 10 causas de morbilidad se encuentran la EDA con el 55,5% seguido por la parasitosis con el 12,8% las enfermedades diarreicas agudas con el 7,5%, por otro lado la menor cantidad corresponden a las intoxicaciones alimentarias con el 0,4%.

Cuadro No. 2
10 PRIMERAS CAUSAS DE EGRESOS
HOSPITALARIOS DEL 2011

Nº	CODIGO	CAUSAS	PORCENTAJE
1	P03	PARTOS	34.9
2	E.14	DIABETES MELLITUS	13.5
3	I.10	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	9.8
4	K35.9	APENDICITIS AGUDA	8.8
5	J20	BRONQUITIS	7.3
6	K40.9	HERNIA INGUINAL	6.4
7	P22.0	SINDROME DIFICULTAD RESPIRATORIA	5.8
8	A09	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	4.9
9	N18	INSUFICIENCIA RENAL	4.4
10	K80.2	LITIASIS VESICULAR	4.2
		TOTAL	100,0

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Verdi Cevallos Balda
ELABORADO POR: Licda. Germania Miranda Hidalgo.

Análisis e Interpretación:

En el cuadro No. 2 podemos observar las 10 primeras causas de egresos hospitalarios, los partos corresponden al 34.9%, seguida por la diabetes mellitus con el 13.5% y la hipertensión arterial con el 9.8%, en contraparte está la litiasis vesicular con el 4.2%.

1.1.8. Características geofísicas de la institución

El Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda es una unidad del sistema nacional de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ubicado en la ciudad de Portoviejo, provincia de Manabí, parroquia 12 de Marzo, limita al norte de la ciudadela Cevallos, al sur con la calle Rocafuerte, al este con al avenida Guayaquil, y al oeste con el río Portoviejo (Ver imagen No. 2)

Imagen No. 2
Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda



Instalaciones externas del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

1.1.9. Políticas de la institución

Las políticas del sector salud están enmarcadas en la modernización del Estado. La política actual del Ministerio de Salud, establece dar prioridad a la maternidad gratuita; dotación y uso de medicamentos genéricos, a los programas de prevención como la vacunación y la lucha contra vectores. Para esto las políticas de la institución son:

- Organización participativa y planificada.
- Atención de calidad con calidez.
- Desarrollo permanente del Talento Humano
- Transparencia en la gestión.
- Evaluación en base a competencia.
- Coordinación con docencia y servicio.

1.2. MARCO CONCEPTUAL

1.2.1. Calidad de atención

Se habla de calidad como el conjunto de principios, métodos organizados y estrategias que intentan movilizar a las instituciones de salud con el fin de integrar los esfuerzos de mejora continua de todos los profesionales para proveer servicios que satisfagan las necesidades de los usuarios. La OMS (1985) define que la calidad como:

“La calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso. (Tomada de la pagina web www.soc-admysal-pub-ama.com.a)

Esta misma línea Novaes H, Paganini J. Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington D.C. OPS (2007) menciona:

“Con la finalidad de garantizar calidad en las prestaciones de salud en los países de América Latina y el Caribe la OPS/OMS desde los años ochenta, viene desarrollando esfuerzos orientados a incrementar la calidad y eficacia de la atención de los servicios de salud, así como incrementar la eficiencia en el uso de los recursos disponibles”

Estos enunciados permiten analizar la importancia de la calidad en todo proceso que involucre personas, no obstante los servicios de salud juegan un papel importante en el proceso de calidad tal como lo menciona Cabello Morales, Emilio en su artículo de la revista médica Rev. Med Hered v.12 n.3 Lima ene. Sobre Calidad de la Atención Medica: ¿Paciente o cliente? :

“El enfoque actual de tipo gerencial de los sistemas de prestación de salud en el mundo, surge como una exigencia de la globalización y un mercado competitivo que busca mayor productividad y calidad. Este proceso de cambios ha originado que en los últimos años frecuentemente se utilice el termino cliente o usuario como sustituto de Paciente, dejándose de lado la relación medico-paciente que constituye el pilar primordial de todo acto médico”. (Tomado de la pagina web www.scielo.org.pe)

1.2.2. Satisfacción de los usuarios de los servicios de rehabilitación.

David Álvaro Escobar-Rodríguez et al. Satisfacción en el servicio de rehabilitación
Rev. Med Inst. Mex Seguro Soc. 2007; 45 6): 573-578 (2006)

“La medición de la satisfacción del usuario ha sido considerada una medida de calidad en muchos servicios del sector público, incluidos los servicios de salud. La satisfacción del usuario es un constructo multidimensional definido como una actitud individual positiva hacia la atención a la salud recibida. También ha sido considerada una medida de resultado útil respecto a cuestiones críticas como la adherencia a las indicaciones médicas y como proveedor de continuidad.” (Página Web: edumed.imss.gob.mx)

El mismo autor comenta que diversas publicaciones han identificado los diferentes dominios que constituyen el constructo satisfacción, los cuales incluyen intervenciones técnicas e intervenciones no técnicas; algunas dimensiones consideradas por algunos autores (acceso, calidad, costos, entre otros), pueden no ser consideradas por otros. Relativamente se ha escrito en forma amplia acerca de la satisfacción del paciente, pero es escasa la investigación de este tópico en relación al ámbito de la rehabilitación; se considera que los niveles de satisfacción son altos, aun cuando no se ha establecido qué factores contribuyen a tal nivel de satisfacción.

Los servicios de rehabilitación proporcionan una gran variedad de procedimientos encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la discapacidad, pero la satisfacción que el usuario manifiesta de dichos servicios no ha sido medida en forma integral; se han desarrollado instrumentos para medir satisfacción de algunos de estos procedimientos en forma aislada como la terapia física y la terapia ocupacional, componentes importantes de la medicina de rehabilitación que en forma aislada no proporcionan un enfoque total de la satisfacción del usuario.

1.2.3. Atención temprana

Según M^a Gracia Millá Romero en su obra Guía de Estándares de calidad en atención temprana (2008) menciona:

“La Atención Temprana no es ajena a la creciente preocupación por la calidad que está impregnando todos los aspectos de la sociedad actual. Los procesos

para la mejora de la calidad son un incentivo que de manera implícita van a provocar cambios en los resultados de la intervención temprana. En este sentido, nuestra labor profesional ha de estar orientada hacia la Calidad Total, ya que tener esta meta nos permitirá incrementar nuestra eficacia, nuestra competitividad y la satisfacción de los clientes de la Atención Temprana.” (Página Web: <http://ccsegarra.cat>)

Se tiene que construir una cultura profesional guiada por la eficiencia y desarrollar una salud de calidad que cristalice en avances relevantes y en la implantación de buenas prácticas. Es importante destacar también que la calidad debe ser un proceso interno de los centros de rehabilitación y atención temprana, ya que los planes que se elaboran en el exterior, si no son asumidos como propios, no aportan cambios sustanciales en la organización, en el funcionamiento y en los procedimientos de actuación. Los profesionales deben integrar en el quehacer diario acciones que supongan modificaciones concretas y cambios significativos, más allá de los planteamientos teóricos externos y de la retórica de la calidad.

El desarrollo infantil es un proceso dinámico, sumamente complejo, que resulta de la evolución biológica, psicológica y social. Los primeros años de vida constituyen una etapa de la existencia especialmente crítica ya que en ella se van a configurar las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas y sociales que posibilitarán una equilibrada interacción con el mundo circundante.

Vásquez Barrios Armando, y cols. (2008) en su compendio El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud, indica que:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la mera ausencia de enfermedad o dolencia. La atención integral en salud, en los primeros años de vida del niño/a con discapacidad, tiene como finalidad ofrecer a los niños con déficits o con riesgo de padecerlos un conjunto de acciones fisioterapéuticas optimizadoras y compensadoras, que faciliten su adecuada maduración en todos los ámbitos sicomotriz y que les permita alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de integración social y familiar”.

1.2.4. Objetivos de los programas de atención temprana

El principal objetivo de los programas de atención temprana es que los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello

que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal (Libro Blanco de la Atención Temprana). (Tomado de la Página Web <http://www.sld.cu>)

Objetivos:

- Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.
- Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.
- Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
- Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
- Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.
- Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

Entre otros objetivos analizados por la Fundación Infantil (tomado de la Página Web: www.fundacionsaludinfantil.org) tenemos:

1. Proporcionar a los niños que lo precisen la intervención adecuada con el propósito de incrementar sus posibilidades de desarrollo, minimizar sus retrasos potenciales, prevenir el deterioro futuro y limitar adquisiciones de condiciones deficitarias adicionales.
2. Proporcionar información, formación y apoyo familiar, fomentando la calidad de las interacciones padre-hijo, asegurando que la familia facilite al niño un ambiente físico, afectivo y social adecuado para su desarrollo, así como los cuidados sanitarios y de seguridad que el niño precisa.

La misma Fundación propone las siguientes pautas protocolo de actuación en atención temprana: (Tomado de la Página Web: www.fundacionsaludinfantil.org)

Los niños del Programa de Atención Temprana acuden al centro por dos vías: a) Niños de riesgo detectados en la Unidad de Neonatos que han sido dados de alta y en los que se consideró recomendable iniciar un tratamiento preventivo después de la hospitalización, b) Niños no considerados de riesgo inmediatamente después de nacer, pero que son derivados posteriormente a la Unidad de Atención Temprana por otros profesionales (servicios sociales, escuelas infantiles, pediatría) al observar algún deterioro en su desarrollo.

1. En la primera visita de los padres al centro se recogen los datos de contacto y se les informa sobre el funcionamiento del centro y sobre el programa de atención temprana en concreto. En ese momento se realiza a los padres una entrevista con el propósito de conocer las condiciones biológicas, psicológicas y sociales del niño.
2. Posteriormente, en una segunda cita, las psicólogas proceden a la valoración del estado inicial del niño en todas las áreas del desarrollo: motor, perceptivo-cognitiva, lenguaje y social. Para ello emplean un amplio arsenal de instrumentos de evaluación. En aquellos casos en que la valoración llevada a cabo por las psicólogas detecta algún retraso o posible anomalía en el área motora, los fisioterapeutas del centro llevan a cabo una evaluación neuromotora para recomendar en su caso tratamiento fisioterapéutico. Con los datos recabados en la valoración se realiza un informe que describe con detalle las condiciones físicas y psicológicas del niño y la necesidad o no de asistir a tratamiento preventivo.
3. La información obtenida en el proceso de evaluación permite diseñar un programa individual de atención temprana desglosado en objetivos a corto y largo plazo y en actividades que ayuden al niño a conseguir el desarrollo adecuado a su edad. La intervención se lleva a cabo por las psicólogas y fisioterapeutas en coordinación, contando con la colaboración de los padres que deben seguir en casa las pautas establecidas en el programa. Cuando el niño comienza la escolarización se contacta con el personal del centro encargado del cuidado del niño para establecer objetivos de trabajo comunes. Cuando se tiene sospecha de que puede haber algún daño neurológico que pueda estar afectando a la conducta del niño, se deriva el caso a otros

profesionales especializados que puedan ofrecer al niño la atención necesaria. Asimismo, se proporciona apoyo terapéutico a los padres para aclarar sus dudas, paliar su ansiedad e inseguridad y proporcionarles la información adecuada que permita mantener una relación óptima con su hijo.

4. Cuando el niño alcanza el nivel de desarrollo deseado y se cumplen los objetivos propuestos al comienzo de la intervención, es dado de alta y pasa al programa de seguimiento, controlándose su evolución cada tres meses hasta que cumpla dos años y cada seis meses hasta que el niño alcance los seis años de edad. Cuando un niño recibe el alta se proporciona a los padres un informe longitudinal con los avances y la evolución del niño a lo largo del tratamiento.

Desde un punto de vista más funcional, un programa de Atención Temprana pretende: (Tomado de la Página web <http://www.sindromedown.net>)

- ✓ Proporcionar a los padres y a toda la familia la información, el apoyo y el asesoramiento necesarios, con el fin de que puedan adaptarse a la nueva situación, y mantengan unas adecuadas relaciones afectivas con el niño.
- ✓ Enriquecer el medio en que se va desenvolver el niño proporcionando estímulos adecuados en todos los aspectos para favorecer su desarrollo.
- ✓ Fomentar la relación padres-hijo, evitando la aparición de estilos interactivos inadecuados.
- ✓ Elevar al máximo los progresos del niño para lograr su independencia en las distintas áreas del desarrollo.
- ✓ Emplear estrategias de intervención en un contexto natural y a través de las situaciones rutinarias del niño, evitando fórmulas demasiado artificiales.
- ✓ Llevar a cabo una acción preventiva, ya que los programas de Atención Temprana permiten, de alguna manera, frenar el deterioro progresivo de los niveles de desarrollo, evitando que los niños presenten alteraciones más graves en los distintos aspectos evolutivos. Esta faceta preventiva se extiende también a todo el ámbito familiar, instaurándose desde el principio comportamientos adecuados, más adaptados a la realidad.

Población a la que se dirigen los programas de Atención Temprana

Tradicionalmente, la población de niños de alto riesgo se ha dividido en dos grandes categorías: (Tomado de la Página web <http://www.sindromedown.net>)

- ✓ Niños de alto riesgo biológico. Se trata de niños que han experimentado un fenómeno o secuencia de acontecimientos desencadenantes de posibles lesiones cerebrales con secuelas conductuales o neuroevolutivas negativas a largo plazo.

En el grupo de los niños de alto riesgo biológico habría que incluir a:

- ✓ Niños de bajo peso al nacer (<1.500 gramos)
- ✓ Niños con desnutrición intraútero
- ✓ Niños con asfixia neonatal, con APGAR <3 a los 5 minutos
- ✓ Niños que han sufrido infecciones del sistema nervioso central
- ✓ Síndromes polimalformativos
- ✓ Metabolopatías y cromosomopatías
- ✓ Hiperbilirrubinemia
- ✓ Niños que han sufrido traumatismos cráneo-encefálicos
- ✓ Patología cerebral en ECO o TAC
- ✓ Recién nacido de madre alcohólica o drogodependiente
- ✓ Distress respiratorio con ventilación mecánica
- ✓ Largas estancias hospitalarias (>1 mes)
- ✓ Niños con antecedentes de patología neurológica

Es evidente que un solo factor aislado no puede, por sí mismo, desencadenar una problemática importante en el niño. Por otra parte, el hecho de que aparezcan uno o varios de estos factores, no implica que se vaya a producir necesariamente un retraso madurativo.

- ✓ Niños de alto riesgo socio-ambiental. Suelen incluirse en esta categoría a los niños que proceden de ambientes socio-económicos muy desfavorecidos, o bien a los niños que, por diversos motivos, están viviendo en unas condiciones de crianza absolutamente inadecuadas para un desarrollo integral normal. Estos son algunos factores de riesgo socio-ambiental (Benítez, Languín y Sánchez, 2009):

- ✓ Dependencia del alcohol y otras drogas.
- ✓ Familias monoparentales (generalmente mujeres solas).
- ✓ Conflictos en la relación de pareja.
- ✓ Padres adolescentes.
- ✓ Antecedentes de malos tratos en la familia.
- ✓ Problemas de salud mental.
- ✓ Inmigración.
- ✓ Situaciones de marginalidad (prostitución, mendicidad, delincuencia).
- ✓ Deficiencia mental de la madre.

En cualquier caso, resulta muy difícil hacer abstracción del retraso socio-ambiental común factor aislado y único, ya que hay un grupo de variables que suelen aparecer muy frecuentemente los niños con este tipo de retraso: variables prenatales, variables neonatales, malnutrición temprana, variables familiares.

Narbona J, Reynoso C, (2007) en Pronóstico de los trastornos del neurodesarrollo a través de la clínica: movimientos generales, dice que:

”El logro de las competencias que son propias del proceso evolutivo va a situar a los niños en condiciones favorables para comprender el mundo circundante y para adaptarse al entorno natural y social” (Pág. 39-42).

1.2.5. Desarrollo infantil

La Organización Panamericana de la Salud (2005) en un Documento de Trabajo Programa Regional de Rehabilitación de Managua, reconoce que:

La capacitación del personal de salud en educación comunitaria o educación para la salud es vital para el logro de cualquier objetivo trazado en atención primaria. Sin embargo, la realidad revela la necesidad no resuelta de políticas que promuevan la formación del personal en educación para la salud mejorando las estrategias ya planteadas” (OPS, 2005)

El desarrollo infantil en los primeros años se caracteriza por la adquisición de funciones importantes como el control postural, el desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal, y la interacción social. Cada una está ligada al proceso de maduración del sistema nervioso.

El desarrollo infantil es fruto de la interacción entre dos factores: Los genéticos y ambientales, el factor genético especifica que cada persona, establece unas capacidades propias de desarrollo, los factores ambientales van a modular o incluso a determinar la posibilidad de latencia de algunas de las características genéticas. Estos factores son de orden biológico y de orden psicológico y social.

Montero, Federico, (2006) en “El Derecho a la Salud y a la Rehabilitación de las Personas con Discapacidades), dice que:

Atención Temprana es el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar. (Pág. 341-428).

El sistema nervioso se encuentra en la primera infancia en una etapa de maduración y de importante plasticidad. La situación de maduración condiciona una mayor vulnerabilidad frente a las condiciones adversas del medio y las agresiones, por lo que cualquier causa que provoque una alteración en la normal adquisición de los hitos que son propios de los primeros estadios evolutivos puede poner en peligro el desarrollo armónico posterior, pero la plasticidad también dota al Sistema Nervioso de una mayor capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional, que decrece de forma muy importante en los años posteriores.

La evolución de los niños con alteraciones en su desarrollo dependerá en gran medida de la fecha de la detección y del momento de inicio de la Atención Temprana.

Cuanto menor sea el tiempo de privación de los estímulos mejor aprovechamiento habrá de la plasticidad cerebral y potencialmente menor será el retraso. En este proceso resulta crucial la implicación familiar, elemento indispensable para favorecer la interacción afectiva y emocional así como para la eficacia de los tratamientos.

1.2.6. Trastornos en el desarrollo

El desarrollo es el proceso dinámico de interacción entre el organismo y el medio que da como resultado la maduración orgánica y funcional del sistema nervioso, el desarrollo de funciones psíquicas y la estructuración de la personalidad.

Artigas-Pallarés J. (2007) en Atención precoz de los trastornos del neuro-desarrollo, nos indica que:

El trastorno del desarrollo debe considerarse como la desviación significativa del “curso” del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social. Algunos retrasos en el desarrollo pueden compensarse o neutralizarse de forma espontánea, siendo a menudo la intervención la que determina la transitoriedad del trastorno. (Pág. 31-39)

El desarrollo es el resultado de procesos de crecimiento y maduración, expresado en la capacidad para adquirir mayor estabilidad interna con relación a los cambios del entorno. Se desencadenan regulaciones por procesos de asimilación y acomodación que median los intercambios del medio y favorecen la organización interna.

1.2.7. Equipo interdisciplinar

El equipo interdisciplinar está formado por profesionales de distintas disciplinas, en el que existe un espacio formal para compartir la información, las decisiones se toman a partir de la misma y se tienen objetivos comunes.

Según Mulas F, y otros. (2005) en Bases clínicas neuropsiquiátricas y patogénicas del trastorno del espectro autista, el principal objetivo de la Atención Integral es que:

“Los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal”.

La intervención debe ser planificada con carácter global y de forma interdisciplinar, considerando las capacidades y dificultades del niño en los distintos ámbitos del

desarrollo, su historia, su proceso evolutivo, así como las posibilidades y necesidades de los demás miembros de la familia, además del conocimiento y actuación sobre el entorno social.

1.2.8. Pasos para la atención integral del niño/a con discapacidad:

1.2.8.1. Evaluación del niño y de su entorno

Para realizar la evaluación se dispondrá de distintos instrumentos

- Observación.
- Examen físico y valoración neurológica y funcional del niño.
- Pruebas estandarizadas.
- Exámenes complementarios, consultas especializadas.

La aplicación de estas técnicas aportará la información correspondiente al funcionamiento general y específico del niño, tanto a nivel físico, como mental o emocional. Esta información reflejará no sólo las posibles limitaciones y déficits presentados por el niño, sino también el conjunto de sus capacidades y posibilidades. (Tomado de la página web <http://repositorio.ual.es> 2011)

1.2.8.2 Elaboración de hipótesis diagnósticas y de un plan de intervención

Es importante establecer prioridades de actuación, posibles pronósticos a corto, medio y largo plazo. Se concretarán, jerarquizarán y temporalizarán los objetivos de la intervención terapéutica, determinándose el profesional o profesionales que se responsabilizarán de llevarlo a cabo. Este primer plan terapéutico estará supeditado a la opinión y posibles elementos nuevos que la familia pueda aportar en la entrevista de evolución.

1.2.8.3 Entrevista de evolución

El objetivo principal de la entrevista será ofrecer a los padres, utilizando un lenguaje adecuado y comprensible para ellos, toda la información que les sirva para comprender la situación presente de su hijo, las posibles perspectivas de futuro y los

medios terapéuticos que se proporcionen desde el departamento de rehabilitación tanto a ellos como a su hijo, brindándoles apoyo y acompañamiento. Se propondrá y establecerá de forma conjunta el plan de actuación y se determinará la función o funciones que los padres pueden asumir en el mismo. Se considerará el pronóstico probable y la posibilidad de recurrencia del trastorno.

1.2.8.4 Intervención terapéutica

La intervención agrupa todas las actividades dirigidas hacia el niño y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. Los ámbitos de actuación y la modalidad de intervención se establecerán en función de la edad, características y necesidades del niño, del tipo y grado de trastorno, de la familia y posibilidades del propio equipo.

La intervención se planificará y programará de forma global e individual, planteando pautas específicas adaptadas a las necesidades de cada niño y cada familia en cada una de las áreas del desarrollo.

El programa deberá incluir la temporalización de los objetivos así como la evaluación y los modos de consecución de los mismos. La intervención terapéutica en atención temprana va dirigida al niño, a la familia, y al entorno social e institucional en general.

1.2.9 Atención al niño

Cada niño, una vez finalizada la valoración, tendrá un programa de atención global e individualizada, que recogerá las aportaciones de los diversos profesionales de la Institución. Este programa se realizará siempre que sea posible, con la participación de los padres o tutores, lo cual permitirá a éstos descubrir sus propios recursos y a la vez reforzar la relación con su hijo, aspecto muy importante para su evolución madurativa y afectiva.

El número de sesiones y el tiempo de duración de cada una de ellas dependerán de las necesidades del niño. En algunos casos, en función de su edad y características el tratamiento se podrá realizar en grupos reducidos, tres o cuatro niños por hora.

1.2.10. Atención a la familia

Una de las principales tareas que se ha de plantear una institución hospitalaria de Atención Temprana, es conocer las necesidades de la familia (padres, hermanos y familia extensa) y plantearse qué tipo de intervención o intervenciones pueden ser las más eficaces para dar una respuesta coherente.

La intervención con las familias debe tener como finalidad ayudar a los padres en la reflexión y en la adaptación a la nueva situación, ofreciéndoles la posibilidad de comprender mejor la situación global, evitando que se contemple el problema centrado exclusivamente en el trastorno que padece el niño. Todo ello favoreciendo las actitudes positivas de ayuda al niño, interpretando las conductas de éste en función de sus dificultades e intentando restablecer el *feed-back* en la relación padres-niño.

Martos J, y otros (2005) en el libro Trastornos generalizados del desarrollo, sugieren que:

“Los médicos deben actuar como asesores cuando diagnostican una deficiencia y deben proporcionar información sobre los servicios que brindan los organismos y la comunidad con el fin de acortar el tiempo que transcurre entre el diagnóstico de un problema y la iniciación de los servicios especializados" (Pp. 709-24).

La atención individualizada tendrá como objeto prioritario el poder abrir un espacio en el que tanto los profesionales como los mismos padres pueden dialogar e intercambiar información referente al tratamiento del niño, la dinámica en el hogar, aspectos familiares generales. Esta atención puede ser el medio propicio, para la familia, de transmisión de sentimientos, dificultades respecto al trastorno del hijo, o esperanzas e ilusiones en relación a los avances alcanzados.

Se deberá informar a los padres debidamente de cualquier cambio que esté relacionado en la atención de su hijo, para todo ello, se debe utilizar un lenguaje comprensivo, ajustándose al marco social y cultural de cada familia y respetando sus diferencias.

El trabajo en grupo puede organizarse como un espacio abierto en el que se favorece y posibilita el encuentro entre varios padres, dándoles la oportunidad de poder expresar y a su vez, escuchar las vivencias, sentimientos y dificultades que conlleva esta situación.

1.2.11. Evaluación y seguimiento

Entendemos por evaluación el proceso integral a partir del cual se valoran los cambios producidos en el desarrollo del niño y en su entorno, la eficacia de los métodos utilizados. Su finalidad es verificar la adecuación y efectividad de los programas de actuación en relación a los objetivos planificados. (Tomado de la página web <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios>)

Evaluación continuada que permitirá ir ajustando el programa a las necesidades e introducir las modificaciones pertinentes según la evolución del tratamiento.

Evaluación final que determina si se han cumplido los objetivos marcados en el inicio de la intervención y que servirá también para concretar si ésta se considera finalizada o si se tiene que realizar un control con intervalos de tiempo ya sea de dos, tres, o de seis meses para control ortopédico.

1.2.12. Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional

Millá MG. (2005) en el libro titulado Centros de desarrollo infantil y atención temprana, dice que:

“El concepto de interdisciplinariedad va más allá de la suma paralela de distintas disciplinas. La preparación de los profesionales que participan en la Atención integral de la rehabilitación infantil implica tanto la formación en una disciplina específica como en un marco conceptual común a todas ellas que debe tener su propio espacio de desarrollo a través de la reflexión y el trabajo en equipo. Para este marco común pueden identificarse cuatro áreas“(Pp. 311-28).

- La especialización en desarrollo psicomotor infantil: comprender los procesos típicos y atípicos, las claves evolutivas de las distintas edades, las formas de relación en cada una de ellas.

- La profundización en psicología de la dinámica familiar: comprender el sistema familiar, sus peculiaridades culturales, económicas, organizativas, los ciclos vitales, etc.
- El conocimiento de la realidad legislativa, institucional, normativa, características sociales, hábitat y entorno geográfico de la comunidad.
- Una formación y experiencia suficientes sobre el trabajo en equipo, dinámicas de grupos, distribución de roles, estrategias de toma de decisiones, etc.
- La elaboración de planes regulares de formación y la exigencia de experiencia profesional supervisada y continua es una condición para la organización de Atención Temprana, al nivel adecuado a su responsabilidad.

1.2.13. Rehabilitación (niños y niñas con trastornos neurológicos)

León Carrión, José (2006) en Daño cerebral: una guía para familiares y terapeutas, nos indica que la rehabilitación es:

“El proceso de duración limitado y con un objetivo definido, en caminado a permitir que una persona con discapacidad alcance un nivel físico mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios para modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función y a facilitar ajustes o reajustes sociales. También la define como un proceso en el que el uso combinado y coordinado de medidas sociales, médicas, educativas y vocacionales, ayuda a los individuos con discapacidad a alcanzar los más altos niveles funcionales posibles y a integrarse dentro de la sociedad”.

El modelo rehabilitador significa para muchos niños y niñas una posibilidad de supervivencia bastante mayor, como consecuencia de la aplicación de tratamientos médicos utilizados a fin de salvar sus vidas, como asimismo destinados a alcanzar su rehabilitación. Esos niños y niñas ya no son considerados un castigo de los dioses ni un mal augurio. Sin embargo, debido a la existencia de un convencimiento generalizado respecto de que los niñas y niños con discapacidad no son normales, se considera que debe realizarse todo lo necesario a fin de lograr que dichas criaturas se normalicen. A dichos fines, se implementa toda una serie de medidas

encaminadas a la rehabilitación o habilitación para que dichos niños puedan funcionar en sociedad de una manera más normal.

El Ministerio de Salud Nicaragua (2006) en su Programa Nacional de Rehabilitación ABC de la Discapacidad, indica que:

Poniendo este modelo el énfasis en el aspecto médico de la diversidad funcional y no en las circunstancias sociales de la misma, es lógico que sus respuestas sociales y jurídicas no presten ninguna atención a la condición de niñez de la persona. Desde una perspectiva médica, poco importa, a menos que se trate de una diversidad funcional asociada a la edad, que la persona objeto del tratamiento sea un adulto, un mayor, o un niño. Ello explica la falta de respuestas de este modelo a aspectos tan esenciales para el desarrollo de la niñez como el ocio, el juego, el aprendizaje, la vida en familia, etc.

El aspecto más evidente de esta falta de previsión de la condición de niñez se puede encontrar en la institucionalización de menores con discapacidad, que al plantearlo como la respuesta social a su integración social, les impide vivir su niñez bajo las condiciones mínimas que todo menor tiene derecho a gozar, coartándole de experimentar relaciones tan esenciales y primordiales, como el juego con otras niñas o niños, o la protección y el cariño de su familia.

Con los nuevos paradigmas conceptuales el término atención integral es sinónimo de rehabilitación integral. Para que la atención de una persona con discapacidad sea integral debe partirse de considerarla como totalidad, es decir, como un ser bio-psico-social lo que significa que tiene una estructura biológica y funcional, un comportamiento propio e individual y un patrón de relaciones con la sociedad determinado por factores como la edad, el sexo y las condiciones socioculturales del colectivo al que pertenece.

La comprensión de la triple dimensión de la persona con discapacidad como un ser biológico, psicológico y social, es la base de la rehabilitación integral.

Para Peden M. et al. (2008). World report on child injury prevention, la atención integral es:

“El proceso mediante el cual la persona con discapacidad utiliza recursos y procedimientos de las áreas de salud, educación, trabajo, asistencia social y otras, con miras a reducir las discapacidades, desarrollar las potencialidades, mejorar la calidad de vida, autosugestión e integración en la sociedad”.

La atención integral implica una oferta de apoyos de naturaleza personal e individualizada dirigidos a la persona de acuerdo a sus necesidades sobre su entorno para lograr la equiparación e igualdad de oportunidades: de acceso al medio físico, al cultural, a la vivienda, al transporte, a los servicios sociales y de salud, a la educación al trabajo, a la información y a las demás que se requieran para posibilitar la integración de las personas con discapacidad a la sociedad.

1.2.14. Rehabilitación Funcional

Machuca Murga, Fernando y cols. (2006) en Eficacia de la rehabilitación neuropsicológica de inicio tardío en la recuperación funcional de pacientes con daño cerebral traumático, se encuentra que la rehabilitación funcional es:

“La parte del proceso de la rehabilitación funcional que tiende a evitar la aparición de deficiencias que puedan presentarse durante el curso de la enfermedad o accidente, que incluye las situaciones de ansiedad que puedan generarse por no informar oportuna y adecuadamente sobre las consecuencias médicas, educativas, profesionales y sociales que acarreará la enfermedad o lesión”.

Esta etapa del proceso se propone alcanzar el máximo grado de capacidad física, mental, profesional y social, en aquellos casos en que la deficiencia no pudo ser prevenida.

Coruña, A. y cols. (2007) en Medicina Física y Rehabilitación: Competencias de la Real Academia de la Medicina, nos indica que:

En la rehabilitación funcional deben tomarse en consideración medidas médicas, psicológicas, educativas, vocacionales y sociales. Coordinando éstas en tal forma que el proceso integral se desarrolle precoz, oportuna, continua y paulatinamente, durante todo el período comprendido entre la aparición de la enfermedad o deficiencia y el momento en que la persona con discapacidad se integre o reintegre a la sociedad. Debe visualizar el estado futuro de la persona. El equipo de Rehabilitación no sólo debe hacer un pronóstico, sino actuar positivamente en favor de la alternativa más favorable.

Comprende lo que tradicionalmente ha sido llamado rehabilitación médica mediante la aplicación de técnicas de facilitación mejorando al máximo sus etapas de desarrollo y formando parte de una educación especial que conlleva acciones médicas, educativas y psicológicas.

1.2.15. Medidas Médicas.

Están encaminadas a restituir, mejorar o desarrollar habilidades psicofisiológicas, del conocimiento, de la comunicación, adaptación social, que han sido perdidas o han faltado desde el nacimiento, formando parte de los procedimientos aplicados en el área de la salud.

Incluye servicios de: Detección temprana, diagnóstico, intervención, atención y tratamientos médicos, capacitación entrenamiento de autocuidado (movilidad, comunicación, A.V.D.), suministro de ayudas técnicas y de movilidad, y otros dispositivos especiales.

1.2.16. La Rehabilitación infantil

En la rehabilitación en niños se engloban todas aquellas estrategias terapéuticas encaminadas a obtener el mayor nivel funcional posible en niños con deficiencias motoras comprendidos entre los 0 y los 18 años. Entre estas estrategias encontramos la estimulación precoz y atención temprana (en niños de 0 a 6 años).

Los objetivos para la rehabilitación infantil en cada caso dependerán del diagnóstico clínico del niño y de sus características individuales, como la edad de nacimiento, peso al nacer, patologías asociadas entre otros factores.

Hablamos aquí de afectaciones del Sistema Nervioso Central (PCI (parálisis cerebral infantil), malformaciones del tubo neural, sufrimiento fetal), del Aparato Locomotor (malformaciones congénitas, deformidades, miopatías, tortícolis, escoliosis infantil, parálisis braquial obstétrica), Síndromes genéticos, etc.

La rehabilitación actúa en el tratamiento precoz de problemas de salud en la infancia y utiliza una gran variedad de técnicas para el tratamiento de las patologías o desórdenes de los niños.

El rehabilitador infantil está especializado en el diagnóstico, tratamiento y cuidado de los recién nacidos, niños y adolescentes con una gran variedad de desórdenes o alteraciones congénitas, de desarrollo, neuromusculares o musculoesqueléticas.

Niños con retrasos en el desarrollo motor o intelectual, parálisis cerebral, espina bífida y tortícolis son algunos de los casos que pueden ser tratados por los fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y de lenguaje los mismos que ayudarán a adquirir un nivel de independencia óptimo y una adecuada funcionalidad para la casa, escuela y la vida en sociedad, utilizando tratamientos que se centran en la mejora de las habilidades motoras tanto básicas como finas, mejora del equilibrio y la coordinación, fuerza y resistencia así como de la integración y mejora sensorial y cognitiva.

1.2.17. La Rehabilitación neurológica infantil

La fisioterapia neurológica es una parte de la fisioterapia infantil, se dedica a permitir que niños que tuvieron una lesión neurológica como, por ejemplo, parálisis cerebral, tengan un desarrollo motor adecuado o alcancen un desarrollo motor óptimo que les permita un grado de independencia en las tareas de la vida diaria.

La Website www.fisioterapia-PCI-valenciafisioterapia-infantil-vojta, nos indica que:

“Durante los 2 primeros años de vida el cerebro de los bebés tiene la cualidad de la plasticidad neuronal, esto quiere decir que las estructuras que hayan podido sufrir un daño en el Sistema Nervioso Central pueden ser recuperadas gracias a la proliferación de conexiones en los axones de las neuronas cerebrales, las cuales pueden "rellenar" o expandirse hacia aquellas zonas que hayan sufrido un trauma o muerte celular”.

La plasticidad neuronal a permitiendo modificar su propia organización estructural, funcional. Mediante las activaciones interneuronales las sinapsis llegan a proliferarse constante en respuesta a cada toque, movimiento, y emoción del niño traducida en una explosión de actividad eléctrica y química en el cerebro, estas interacciones deben ir brindadas con amor ya que influyen positivamente en la rehabilitación del niño.

1.2.18. Técnicas de rehabilitación

El concepto Vojta o fisioterapia especializada para niños es una técnica desarrollada y aplicada a recién nacido con sospecha de daño cerebral, niño y adolescente con problemas motores, traumatológicos u ortopédicos. Es una terapia muy eficaz en problemas de distonías motoras, tales como las ataxias o atetosis cerebelares y patologías que cursen con alteraciones del tono muscular.

Se aplican estímulos desde zonas distales y proximales del cuerpo y se obtienen respuestas a nivel global en los grupos musculares anti gravitatorios que son los que nos sostienen en contra de la gravedad y los que no puede ejercitar un niño afectado con lesión neurológica. El modo en que actúa es a nivel del sistema piramidal estableciendo vías aferentes y eferentes a nivel de los sistemas de integración cerebral hasta llegar a la corteza cerebral, que es la estructura más evolucionada del ser humano.

Vázquez M. (2006) en Fisioterapia en neonatología. Tratamiento fisioterápico y orientaciones a los padres, indica que:

Las técnicas de rehabilitación se basan en la capacidad del cerebro de reorganizarse, que significa que las partes sanas del cerebro aprenden y adquieren las funciones que fueron realizadas previamente por las regiones dañadas del cerebro. El requisito previo para esto es, sin embargo, un soporte y un estímulo aplicado al paciente por parte del Fisioterapeuta. El concepto ha alcanzado buenos éxitos en la rehabilitación, particularmente en el caso de los enfermos que sufren parálisis en un lado del cuerpo (hemiplejía) después de un traumatismo.

1.2.19. Cómo se aplican estas técnicas.

Primero se efectúa una evaluación global del niño, que determina su grado de retraso y nos da una idea sobre el pronóstico.

Luego se trabaja con la madre y el bebé y se tiene muy en cuenta el estado emocional de ambos, generalmente necesitan mucho apoyo emocional durante la primera fase.

Cada ejercicio es explicado a la madre, al igual que una relación del desarrollo normal para que valore los avances del niño o niña.

1.2.20. La familia como educadora del paciente neurológico

La responsabilidad de la educación de todos los hijos, incluidos los discapacitados, corresponde a la familia. La constitución de la familia no es sólo un hecho biológico o sociológico. La Revelación nos muestra que en la familia se inscribe la genealogía de la persona en cuanto a imagen, reflejo de Dios. Por esto, si la familia nace del

amor de Dios, también debe permanecer en este amor, y esta es la característica fundamental, la base en la que se apoya todo el entramado familiar.

Por esta razón, se puede decir que el compromiso principal de los cónyuges en esta labor de educación del hijo discapacitado consiste en mantener vivo el amor en su vida conyugal y en inculcarlo a todos sus hijos. El niño, en su familia, debe sentirse amado, buscado, valorado por sí mismo, en su realidad irrepetible. Así pues, es preciso aprovechar todo el enorme «capital humano» de la familia, al que la sociedad debe contribuir. Los padres deben procurar que la vida en familia sea gratificante para todos sus miembros, mediante su ejemplo, su alegría, su afabilidad. Deben comportarse en familia de modo que las cualidades y los defectos de cada uno de sus miembros sean conocidos y aceptados por todos los demás.

La comunicación entre los cónyuges es fundamental para sus hijos. Estos aprenden y viven en su dimensión personal, participando en la comunicación entre sus padres, y comunicándose entre sí con una naturalidad que deriva de la misma naturalidad de la relación filial.

Pérez A. (2009) en Psicoanálisis, pediatría, familia y derecho, dice que:

La familia da sentido de seguridad al hijo, le enseña las nociones del bien y del mal, le presenta el valor de su existencia en el mundo, le comunica la alegría que deriva del amor dado y recibido. Corresponde también a la familia enseñar al hijo el significado del dolor, del sufrimiento, de las limitaciones físicas y de la pobreza. Este es el «código» antropológico de la familia. Por consiguiente, la familia no puede renunciar a esta responsabilidad y no debe permitir que otras instituciones -educadores, administradores, agentes sanitarios y sociales- la asuman en la educación del hijo discapacitado.

1.2.21. Actitudes negativas y positivas

Compete ante todo a la familia, superado el primer momento de desconcierto ante la llegada de un hijo discapacitado, comprender que el valor de la existencia trasciende en el de la eficiencia. Por consiguiente, la familia no debe caer en la trampa de buscar a toda costa tratamientos o cuidados extraordinarios, pues corre el peligro de quedar defraudada, desilusionada, cerrada en sí misma, si no se logran los resultados de curación o recuperación esperados. Hay varias actitudes que los

padres deben evitar para un mejor desarrollo de su hijo discapacitado. A continuación se mencionan algunas:

La primera actitud negativa es el rechazo, la negación de la realidad. Este rechazo nunca es totalmente abierto, pero se vislumbra a través de las explicaciones que los padres tratan de dar a su mala suerte. En efecto, de forma inconsciente, se sienten culpables del resultado y tratan de echar la culpa a otros.

Otro comportamiento negativo es el temor, se refiere a un peligro imaginario y pone de manifiesto la incapacidad de una persona de afrontar la realidad. Este temor va acompañado de una incapacidad para tomar decisiones, para adaptarse a la nueva situación, para buscar los medios necesarios a fin de resolver las dificultades.

Menos conocida, pero no menos negativa, es la actitud de superprotección del hijo discapacitado. A primera vista, esta actitud muestra una loable solicitud y dedicación a ese hijo. Pero los padres, al hacerlo todo en vez del hijo, le impiden cualquier grado de autonomía.

Por último, la actitud de resignación es también negativa, porque impide a los padres asumir una actitud positiva, activa, hacia el hijo discapacitado, y por consiguiente entorpece el desarrollo del niño hacia la autonomía.

Cuando los padres aceptan la realidad de la discapacidad de su hijo empiezan a tener la posibilidad de ser felices en su prueba. Cuando los padres se muestran alegres a pesar de las dificultades de su situación, pueden hacer feliz a su hijo, cualquiera que sea su discapacidad.

1.2.22. La ayuda que los padres deben recibir de los profesionales

Para poder cumplir la misión de educar a sus hijos, la familia necesita recibir de profesionales que se ocupan de los niños discapacitados la información y la ayuda adecuada a su condición. Los profesionales pueden y deben ayudar a los padres a salir de su bloqueo afectivo, para afrontar con realismo su situación.

Los científicos, los médicos y los investigadores deben ser especialmente sensibles a la situación de dificultad en que vive una familia después del nacimiento de un hijo discapacitado. Conviene, en primer lugar, recordar a esta familia que la ciencia tiene límites y que la salud física no es un derecho, sino un don.

El papel de los médicos consiste en ayudar a esta familia a encontrar la actitud correcta frente al hijo discapacitado. Por esto, los médicos y los especialistas tienen el deber de comunicar a los padres los conocimientos y adquisiciones relativos a la discapacidad de sus hijos. Deben hacerlo con espíritu de servicio y solidaridad, de modo humano, usando un lenguaje accesible e inteligible, con paciencia y comprensión, y con plena honradez profesional.

Los padres necesitan esa permanente comunicación del saber científico para afrontar la realidad de la situación de su hijo discapacitado. Una vez informados, podrán dar al hijo el tipo de educación y el tratamiento más conveniente a su situación.

La familia necesita un apoyo adecuado por parte de la comunidad. Aunque la familia es indispensable para acoger al hijo discapacitado y para educarlo, no podrá conseguir con sus solas fuerzas resultados plenamente satisfactorios. Aquí se abre el espacio para la intervención de asociaciones especializadas y para otras formas de ayuda extra familiar, que aseguren la presencia de personas con las que el niño pueda instaurar relaciones educativas.

1.2.23. Guías de Atención

Araujo, M, y cols. (2005) en Pautas para la elaboración, aplicación y evaluación de guías clínicas, indica que: “La norma de atención contiene información semejante a una guía de atención o una guía de práctica clínica, pero esta tiene carácter impositivo a nivel del país y debe ser cumplida por todo centro de salud, público o privado”.

1.2.23.1. Objetivos de una guía de atención, guías de práctica clínica, protocolos

- Homologar el proceso de atención a las personas, mejorando la eficiencia y la toma oportuna de decisiones basado en evidencia científica.
- Definir la responsabilidad de cada uno de los miembros del personal de salud, según nivel de atención.
- Fortalecer la toma de decisiones por parte de las y los usuarios, dándoles oportunidad para que participen en su proceso de atención.
- Promover el respeto a los derechos humanos de las y los usuarios en el proceso de atención.
- Fortalecer la equidad en el proceso de atención mediante la utilización de los recursos de manera eficaz y eficiente.
- Sistematizar y simplificar el registro de información del proceso de atención que facilite la evaluación de la misma.
- Generar indicadores para la evaluación del proceso de atención con base en estándares objetivos.
- Fortalecer la práctica del personal de salud, como un respaldo, en la atención a las personas

1.2.23.2. Metodología para elaborar una guía de atención o protocolo.

Requisitos para solicitar la realización o actualización de una guía, manual de normas protocolo de atención:

La unidad o establecimiento que considere necesario elaborar o actualizar una guía o protocolos, debe realizar el trámite ante el grupo conductor según cronograma oficial mediante una carta de solicitud del aval correspondiente para la construcción de la guía o protocolo de atención, que incluya la descripción del problema y los objetivos, según se establece en este mismo documento; y el desarrollo de una guía de atención o protocolo

Para elaborar una guía de atención, deben seguirse los siguientes pasos: (www.binasss.sa.cr)

El grupo conductor selecciona un problema o situación de salud según la priorización establecida, el cual puede ser de interés local o nacional o un grupo de profesionales de una unidad específica selecciona un problema.

El Grupo Conductor conforma o avala un Grupo Ejecutor que realiza lo siguiente:

- Revisa y analiza la bibliografía y evidencia científica relativa al problema o situación de salud por atenderse.
- Analiza y diseña el proceso de atención del problema o situación de salud.
- Desarrolla un documento borrador de Guía de Atención o protocolo del problema específico o situación en salud basado en el formato de presentación establecida.
- Presenta un borrador de la Guía o protocolo a diferentes actores del proceso de atención en todos los niveles, lo mismo que a organizaciones de profesionales.
- Presenta el borrador de la Guía al Grupo Conductor de la Sub-Área Gestión Técnica en Servicios de Salud para su aval.
- Valida el borrador de la Guía de Atención con grupo de expertos y personal de salud de las diferentes disciplinas y niveles de atención, personas con el problema o situación de salud según corresponda. Debe tomarse en cuenta la opinión de otros departamentos según su pertinencia.
- Entrega el documento final a publicar al grupo conductor para su revisión final y aval, quien lo presenta oficialmente a la Gerencia Médica.
- Desarrolla el plan de capacitación propuesto con las unidades de salud, sobre los contenidos de la guía de atención o protocolos
- Establece indicadores, tiempos y responsabilidades para la implantación.
- Realiza el proceso de evaluación y seguimiento de la implantación de la guía o Protocolos, en coordinación con el grupo conductor.
- El proceso de construcción debe fundamentarse en la metodología de la institución.
- El protocolo contiene elementos básicos de esta metodología como referencia

1.2.23.3. Proceso de elaboración

Resume el proceso por el cual se logró producir el protocolo de atención especificando: La conformación del grupo ejecutor para la elaboración de los protocolos; las fuentes bibliográficas utilizadas, así como, criterios de inclusión o exclusión aplicados para seleccionar los estudios utilizados en la elaboración de la guía: meta-análisis, ensayos aleatorios y otros; se debe anotar las preguntas clínicas

estructuradas que llevaron a la búsqueda de evidencia que son relevantes en el tema a tratar, que sean tan claras y específicas como sea posible; descripción clara de los métodos utilizados para formular las recomendaciones. Si se utilizaron métodos de consenso informal, la guía debe describir cómo se resolvieron las áreas de desacuerdo y el proceso de validación de los mismos, por el grupo de expertos, personal de salud y usuarios y usuarias implicados.

1.2.23.4. Validación

Los procesos de validación deben ser coordinados por el grupo conductor y por el grupo ejecutor, asegurando la participación de las personas (usuarios meta) que deben aplicar la guía o protocolos en los diferentes niveles de atención involucrados. Se realiza una validación de la calidad técnica del documento y una validación de la factibilidad de los procedimientos que se establecen en la guía – validación operativa para lo que se sugiere la utilización de la técnica FODA, la cual permite identificar las fortalezas y oportunidades con que se cuenta, así como las debilidades y amenazas que se puedan presentar. (Tomado de la página web: www.binasss.sa.cr/libros/metodologia07.pdf)

1.2.23.5. Implantación

Cada área de salud, clínica u hospital, debe designar un grupo coordinador local, el cual recibe capacitación sobre los contenidos de las guías o protocolos elaborados para que pueda presentar al personal de su unidad. Se llevará a cabo una actividad de capacitación con los grupos coordinadores para el conocimiento, manejo, seguimiento y evaluación de las guías. La convocatoria para esta se realiza vía Gerencia Médica, según el procedimiento institucional

CAPITULO II

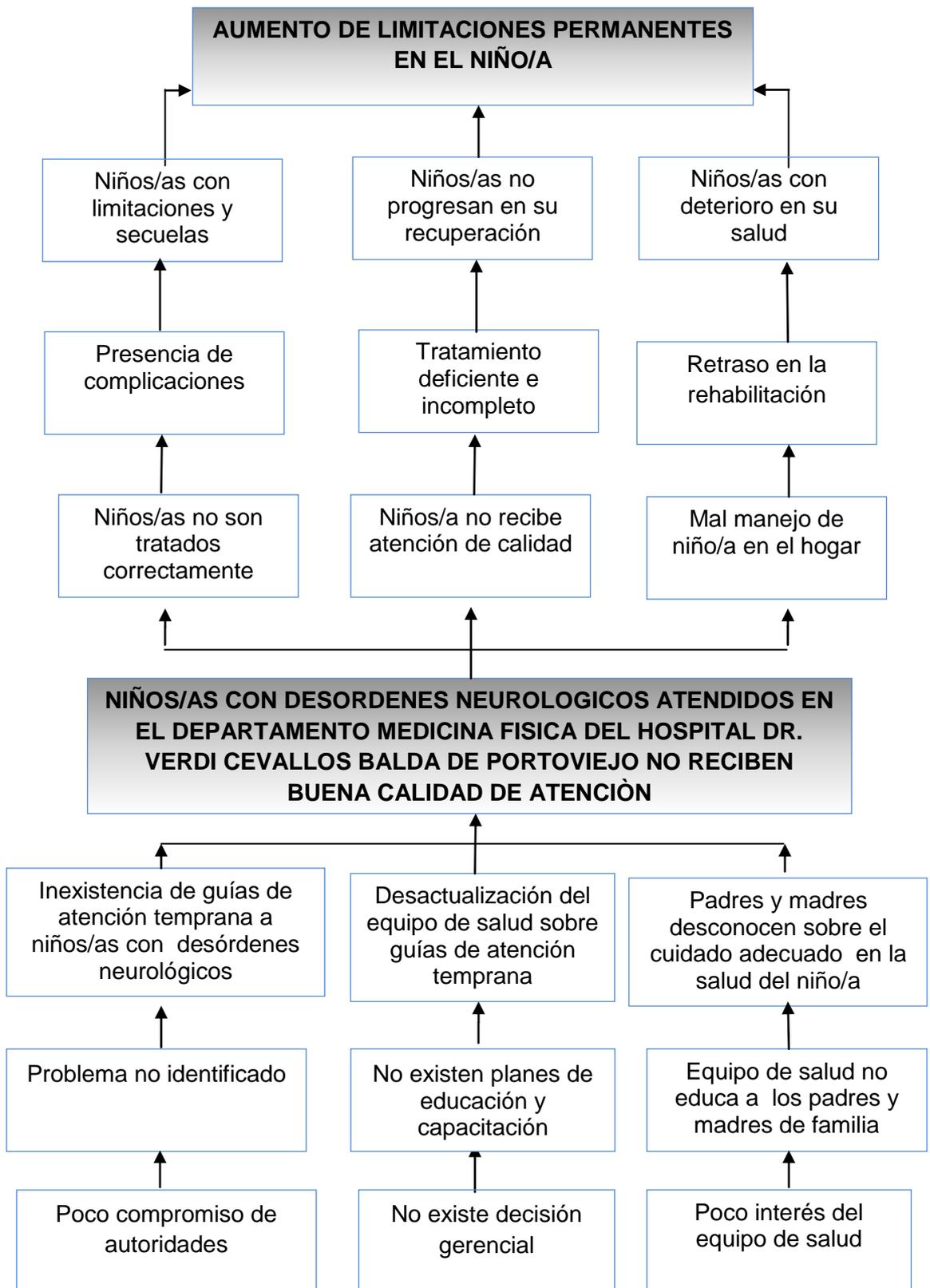
DISEÑO METODOLOGICO

2.1. Matriz de involucrados

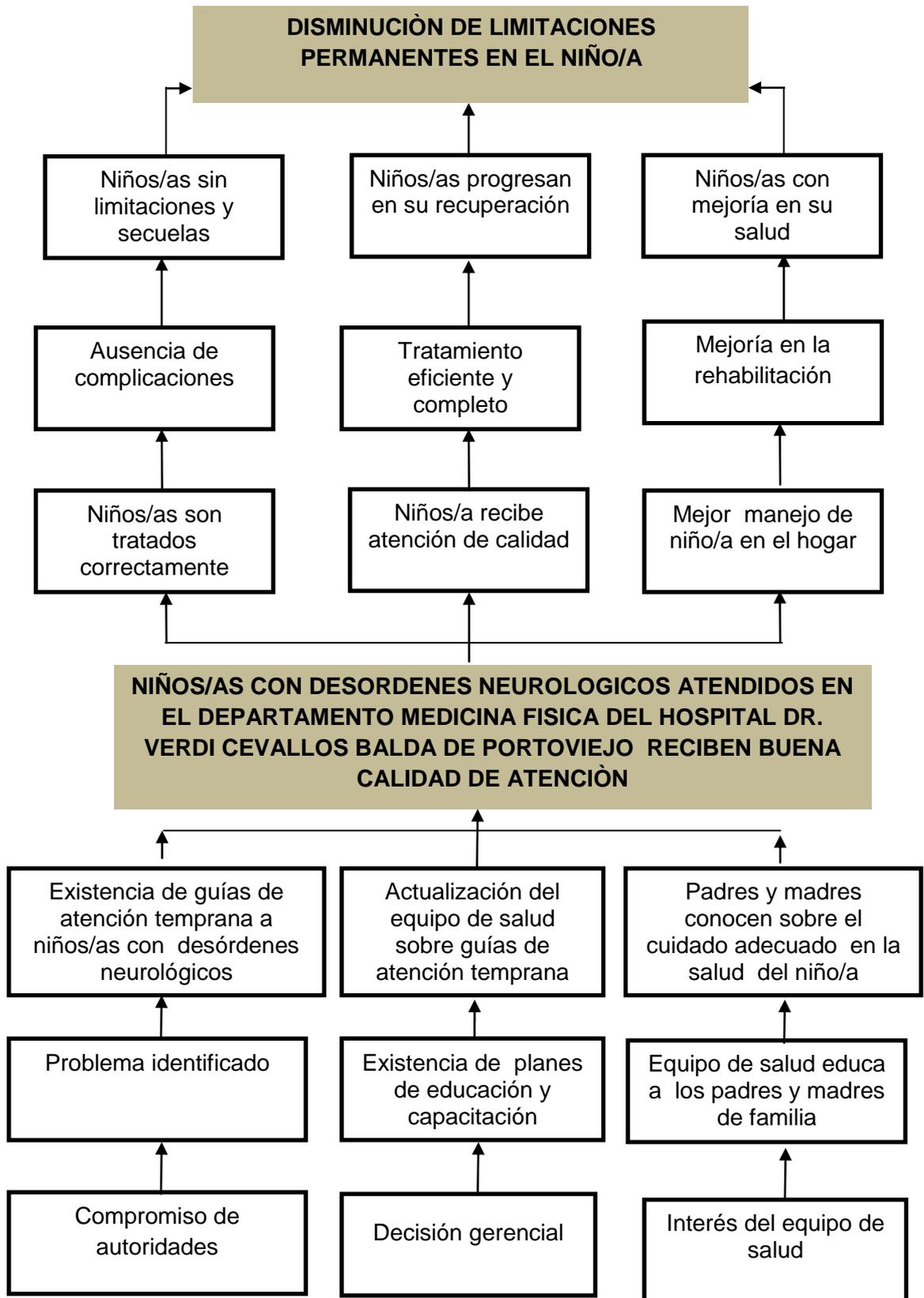
GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
GERENTE DEL HOSPITAL DR VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO	Implantar planes y estrategias para mejorar la atención a la comunidad y en especial a los grupos vulnerables de la sociedad	Recursos Humanos, económicos, tecnológicos. Mandatos Art. 47: Constitución política del Ecuador 2008. sección sexta Personas con discapacidad	✓ Escasez recursos económicos. ✓ Escasos talentos humanos. ✓ Ausencia de estrategias y planes de capacitación al personal de salud y usuarios.
EQUIPO DE SALUD	Brindar tratamiento de salud para mejorar las condiciones de los usuarios	Recursos Humanos, Económicos Tecnológicos Mandatos Ecuador 2008. Capítulo segundo. Art. 363: El Estado será responsable de: 8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.	✓ Poca organización ✓ Poca gestión administrativa. ✓ Pocos programas de capacitación.
MADRES Y PADRES DE FAMILIA O CUIDADORES	Que el/la integrante de su familia reciba atención eficiente, ser atendido con calidez y calidad, participar y colaborar para mejorar su estado de salud.	Recursos Humanos, Económicos Tecnológicos Mandatos Constitución del Ecuador 2008. Sección segunda Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria.	✓ Poco interés personal ✓ Inexistencia de material informativo. ✓ Limitado acceso a la información. ✓ Inadecuado tiempo de tratamiento.

MAESTRANTE	Ejecutar acciones, proyectos y programas para el bienestar de la comunidad	Recursos Humanos, Económicos Tecnológicos Mandatos Título IV. Evaluación, aprobación de materias. Trabajo de fin de carrera Modalidad presencial. Art. 12.-Del proyecto de fin de carrera	✓ Poca gestión. ✓ Poca coordinación ✓ Poca motivación de la comunidad.
------------	--	---	--

2.2. Árbol del problema



2.3 Árbol de Objetivos



2.4. Matriz del Marco Lógico

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN Contribuir a las disminución las limitaciones permanentes en los niños/as con desórdenes neurológicos atendidos en el departamento de Medicina Física del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo			Comprometimiento de autoridades
PROPOSITO Niños/as con desórdenes neurológicos atendidos en el departamento Medicina Física del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda De Portoviejo reciben buena calidad de atención	✓ Hasta el 31 Octubre del 2012 el 80% de los niños/as con desórdenes neurológicos reciben buena calidad de atención	✓ Test de satisfacción de la atención. ✓ Fotografías	✓ Iniciativa del equipo técnico ✓ Participación del equipo autoridades y padres de familia
1. Guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos diseñadas e implementadas	✓ Hasta el 13 de Agosto del 2012 100% de las guías de atención temprana diseñadas ✓ Hasta 31 de Octubre del 2012 100% de las guías de atención temprana implementadas	✓ Guías de atención temprana Estadísticas de pacientes atendidos. ✓ Fotografías ✓ Oficios de aceptación de las guías	✓ Disponibilidad de recursos ✓ Participación del equipo de salud ✓ Apoyo y predisposición de autoridades
2. Equipo de Salud actualizado sobre las Guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos	✓ Hasta el 31 de Agosto del 2011 el 100% del equipo de salud actualizado sobre Guías de atención temprana a	✓ Plan de capacitación ✓ Firmas de asistencia ✓ Fotos ✓ Evaluaciones	✓ Equipo de salud participando de las capacitaciones

	niños/as con desórdenes neurológicos		
3. Padres y madres con conocimiento sobre el cuidado adecuado en la salud del niño/a con desórdenes neurológicos	✓ Hasta el 28 de Septiembre del 2012 el 90% de padres y madres disponen con conocimiento sobre el cuidado adecuado en la salud del niño/a con desórdenes neurológicos	✓ Plan de capacitación. ✓ Registro de asistencia. ✓ Evidencia fotográfica ✓ Test de evaluación	✓ Padres y madres Participando comprometidos en contribuir en la salud de su hijo/a

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO
1. PRIMER RESULTADO : Guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos diseñadas e implementadas			
1.1. Reunión de con autoridades para la aprobación. 2.1.1. Socialización del programa 2.1.2. Extensión de oficios 2.1.3. Aprobación del 2.1.4. Programa	Maestrante	26 de Julio del 2012	Impresiones \$5,00
1.2. Diseño de las guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos 12.1. Búsqueda Bibliográfica	Maestrante	Del 28 de Julio al 13 de Agosto del 2012	Materiales de oficina \$50,00
1.3. Socialización y aprobación de las guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos 2.1.5. Reunión con el Jefe del departamento 2.1.6. Oficio de aprobación	Maestrante	14 de Agosto del 2012	Reproducción de las guías : Copias y anillados \$100,00
1.4. Aplicación de las guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos:	Maestrante	Del 3 de Septiembre al 31 de Octubre del 2012	Impresiones \$60,00

<p>Las Guías constan de los siguientes puntos:</p> <p>2.1.7. Examen físico</p> <p>2.1.8. Valoración neurológica y funcional del niño.</p> <p>2.1.9. Exámenes complementarios</p> <p>2.1.10. Derivaciones</p> <p>2.1.11. Esquema de tratamiento</p> <p>2.1.12. Metas a mediano, corto y largo plazo.</p>			
---	--	--	--

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO
2. SEGUNDO RESULTADO: Equipo de Salud actualizado sobre las Guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos			
<p>2.1. Elaboración de la planificación de la capacitación sobre: Guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos.</p> <p>2.1.1. Atención a niños y niñas con desórdenes neurológicos</p> <p>2.1.2. Técnicas de valoración</p> <p>2.2.3. Tipos de desórdenes neurológicos</p> <p>2.2.4. Introducción a la atención temprana</p> <p>2.2.5. Protocolos de Rehabilitación</p>	Maestrante	Del 16 al 20 de Agosto del 2012	Materiales de oficina \$50,00
<p>2.2. Reunión con las autoridades para la aprobación de la capacitación.</p> <p>2.3.1 Extensión de oficios de aprobación de la capacitación y planificación</p>	Maestrante	21 de Agosto del 2012	Material de oficina \$15,00
<p>2.3. Búsqueda de recursos (invitaciones, lugar, multimedia,</p>	Maestrante	Del 22 al 24 de Agosto del 2012	Material de oficina \$30.00 Transporte 50.00

materiales a poyo, conferencistas, metodología, recursos-facilitadores)			
2.4. Ejecución de la capacitación al equipo de salud sobre las Guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos.	Maestrante	Del 27 al 31 de Agosto del 2012	Material de oficina \$20,00 Refrigerio \$200.00
2.5. Evaluación de la capacitación al equipo de salud 2.6.1 Aplicación de encuesta de satisfacción.	Maestrante	31 de Agosto del 2012	Material de oficina \$50.00

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	COSTO
3. TERCER RESULTADO: Padres y madres con conocimiento sobre el cuidado adecuado en la salud del niño/a con desórdenes neurológicos			
3.1. Entrevista con directivos para solicitar autorización de la capacitación a los padres y madres de niños/as con desórdenes neurológicos.	Maestrante	4 de Septiembre del 2012	Materiales de oficina \$20.00
3.2. Planificación de la capacitación a los padres y madres de niños/as con desórdenes neurológicos sobre el cuidado de su salud. Ejes temáticos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Manejo terapéutico del niño en casa. ✓ Nutrición ✓ Explicar los recursos utilizados en los hogares para la estimulación motriz, sensorial, lenguaje ✓ Secuelas 	Maestrante	Del 5 al 9 de Septiembre del 2012	Material de oficina 50,00

discapacitantes ✓ Medios de estimulación			
3.3. Reunión con el equipo de salud para socializar la actividades y solicita apoyo. 3.3.1. Designación de responsables	Maestrante	10 de Septiembre del 2012	Materiales de oficina, \$20,00
3.4. Elaboración de un manual de apoyo para los padres y madres de niños/as con desórdenes neurológicos sobre el cuidado de su salud y aprobación del mismo.	Maestrante	12 al 19 de Septiembre del 2012	Materiales de oficina, \$20,00 Internet \$25.00
3.5. Búsqueda de recursos (invitaciones, lugar, multimedia, conferencistas)	Maestrante	Del 19 al 22 de Septiembre del 2012	Materiales de oficina, \$20,00 Transporte \$30
3.6. Ejecución de la capacitación a los padres y madres a los padres y madres de niños/as con desórdenes neurológicos sobre el cuidado de su salud	Maestrante	Del 24 al 28 de Septiembre del 2012	Refrigerio, material de oficina \$350,00 Convocatoria \$5.00 Material de oficina \$20.00 Reproducción del manual \$100,00
3.7. Evaluación de la capacitación a padres y madres de familia. Aplicación de un test de conocimientos	Maestrante	28 de Septiembre del 2012	Material de oficina \$5.00

CAPITULO III

RESULTADOS

RESULTADO 1: Guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos diseñadas e implementadas.

Para lograr este resultado se llevaron a cabo las siguientes actividades:

1.1. Reunión de socialización y extensión de oficios a las autoridades para la aprobación.

Para el cumplimiento de esta actividad el 26 de julio del 2012 se realizó una reunión con el equipo de salud del departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Verdi Cevallos Balda, con el responsable del departamento de Medicina Física y Rehabilitación Dr. Abel Giler, y el Dr. Alcívar, Jefe de las diferentes áreas de Tecnología Médica del Hospital Verdi Cevallos Balda, en la que se dio a conocer verbalmente la realización del Programa de Atención Temprana dirigido a los niños/as con desórdenes neurológicos. (Ver imagen No.3) Luego de la reunión se procedió a la firma del oficio para la aprobación del Programa y la Capacitación, como lo podremos observar en el apéndice No. 1

Imagen No 3

Reunión



Reunión del equipo de salud con el Jefe de las diferentes Áreas de Tecnología Médica del Hospital Verdi Cevallos Balda Dr. Alcívar

1.2. Diseño de las Guías de Atención Temprana a niños/as con desórdenes neurológicos

Para el cumplimiento de esta actividad del 28 de julio al 13 de agosto del 2012 se procedió a diseñar las Guías de Atención Temprana para los niños/as con desórdenes neurológicos, en este cometido se procedió a revisar bibliografía y literatura concerniente a trabajo rehabilitatorio integral a los niños/as con estas alteraciones, en la cual se involucraron técnicas y procedimientos de diferentes autores con el fin de estructurar un solo protocolo. (Ver imagen No.4 y apéndice No.8)

Imagen No 4

Guía de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos

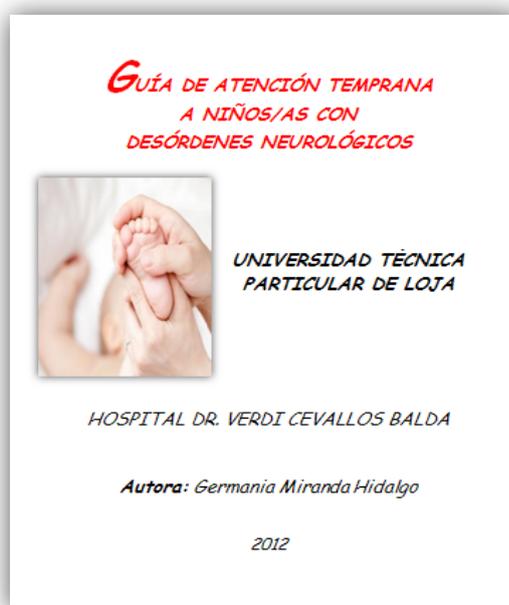


Imagen No 3



Las Guías fueron socializadas por el equipo médico quienes hicieron las sugerencias respectivas.

1.3 Aprobación de las Guías de Atención Temprana a niños/as con desórdenes neurológicos.

Mediante una reunión el 14 de Agosto del 2012 con el jefe de departamento de Medicina Física y Rehabilitación Dr. Abel Giler se aprobaron las Guías de Atención Temprana a niños/as con desórdenes neurológicos, (Ver imagen No. 5), (Ver registro de aprobación de guía en el apéndice No. 3).

Imagen No 5



Maestrante y el Jefe del departamento de Medicina Física y Rehabilitación Dr. Abel Giler aprobando las Guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos.

1.4 Aplicación de las Guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos.

Para el cumplimiento de esta actividad del 3 de septiembre al 31 de octubre del 2012 el equipo de salud del departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Verdi Cevallos Balda aplicó las Guías de Atención Temprana a niños/as con desórdenes neurológicos, (Ver imagen No. 6) esto constó de exámenes físicos, valoración neurológica y funcional del niño/a, exámenes complementarios, derivaciones, esquemas de tratamiento y metas a mediano, corto y largo plazo. (Ver apéndice 8 estudios de casos clínicos)

ATENCIÓN A LOS NIÑOS/AS

Imágenes No. 6

1. EXAMEN FÍSICO (VALORACIÓN NEUROLÓGICA Y FUNCIONAL DEL NIÑO)



Maestrante aplicando valoración de Vojta a un Neonato y realizando tratamiento de atención temprana.



Dr. Abel Giler Jefe del departamento de Medicina Física y Rehabilitación realizando la valoración física a un niño subsecuente y prescribiendo nuevo tratamiento.

Imágenes No. 7

2. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS (AUDIOMETRÍAS)



Licda. Patricia Carguaitongo responsable del Programa auditivo Manuela Espejo realizando el examen auditivo a neonato el mismo que será remitido al departamento de MFR.

Imágenes No. 8

3. REMISIÓN INSTITUCIONAL DE NIÑOS Y NIÑAS



Medico Rural remitiendo al paciente neonato con su madre al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación para valoración física.



Usuaría trayendo al niño/a del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación después de examen auditivo

Imágenes No. 9

4. ESQUEMA DE TRATAMIENTO: METAS A MEDIANO, CORTO Y LARGO PLAZO.



Equipo de salud reunido revisando estudios de casos y esquemas de tratamientos, analizando las metas cumplidas con los niños y niñas, en esta actividad participa todo el equipo de salud y Dr. Edison Cedeño Mero en la revisión de casos y esquemas de tratamiento.

Imágenes No. 10

5. TERAPIA FÍSICA (ESTIMULACIÓN TEMPRANA)



Lcda. Germania Miranda realizando tratamiento con técnica de Vojta (Volteo reflejo)



Lcda. Germania Miranda realizando estimulación de reflejos y control postural

Imágenes No. 11

6. TERAPIA OCUPACIONAL Y TERAPIA DE LENGUAJE



Lcda. Germania Miranda realizando técnicas de estimulación psicomotriz y táctil

EVALUACIÓN DE INDICADORES DE RESULTADOS

RESULTADO 1: Guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos diseñadas e implementadas

INDICADOR 1

Hasta el 13 de agosto del 2012 100% de las guías de atención temprana diseñadas

INDICADOR 2

Hasta 31 de octubre del 2012 100% de las guías de atención temprana implementadas 115

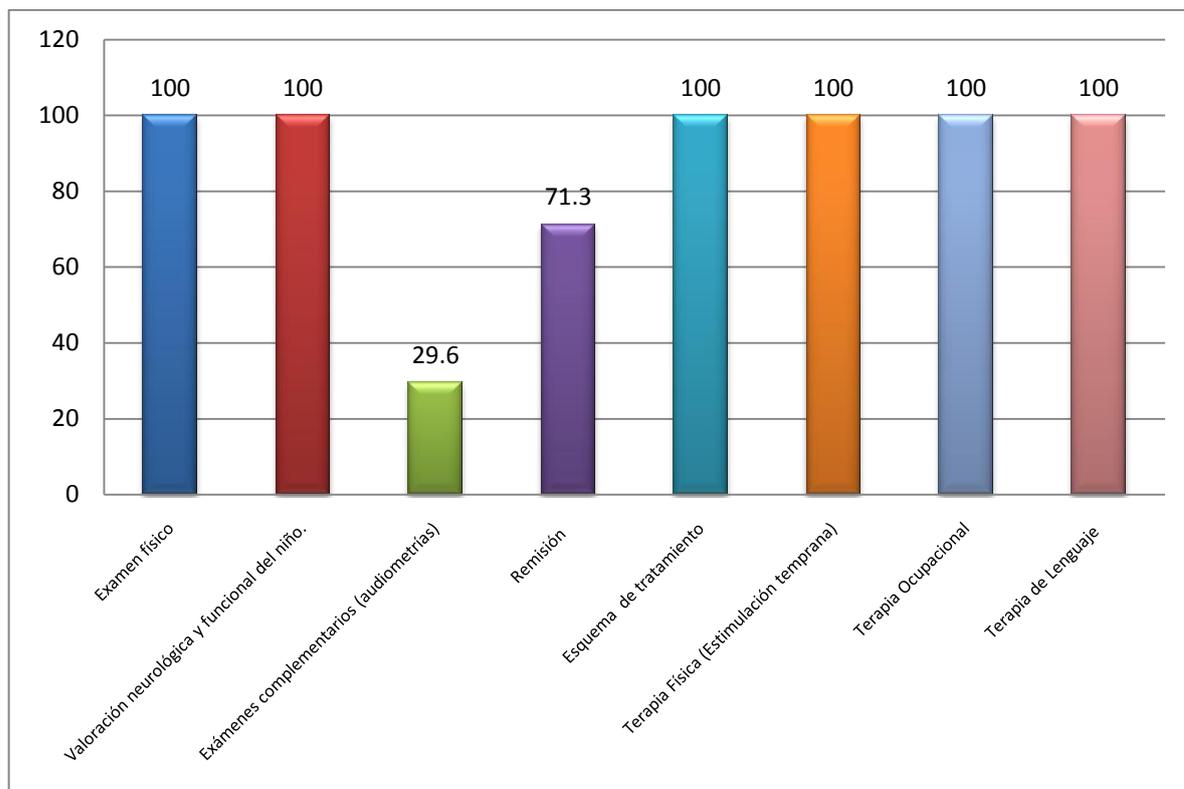
Este indicador se ha cumplido al aplicar las Guías de atención temprana al 100% de los niños y niñas atendidos, esto lo podemos observar en la siguiente tabla y gráfico

CUADRO No. 3
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ATENCIONES BRINDADAS A LOS NIÑOS Y NIÑAS CON DESORDENES NEUROLOGICOS

ATENCIONES	F	%
Examen físico	115	100
Valoración neurológica y funcional del niño.	115	100
Exámenes complementarios (audiometrías)	34	29,6
Remisión	82	71,3
Esquema de tratamiento (Metas a mediano, corto y largo plazo)	115	100
Terapia Física (Estimulación temprana)	115	100
Terapia Ocupacional	115	100
Terapia de Lenguaje	115	100

Fuente: Estadísticas de atención del departamento de rehabilitación
Elaborado por: Lcda. Germania Miranda Hidalgo.

GRAFICO No. 1
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ATENCIONES BRINDADAS A LOS NIÑOS Y NIÑAS CON DESORDENES NEUROLÓGICOS



Fuente: Estadísticas de atención del departamento de rehabilitación
 Elaborado por: Lcda. Germania Miranda Hidalgo

Análisis e interpretación: En el cuadro No. 3 y gráfico No. 1 podemos observar el número de atenciones brindadas a los 115 niños con desórdenes neurológicos que se atienden en el departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital, de esta forma el 100% de estos realizaron el examen físico complementario, valoración neurológica, al 100% también se le aplicó un esquema de tratamiento personalizado y se trazaron metas a corto, mediano y largo plazo, así como las terapia física, ocupacional y de lenguaje: solo un 71.3% de derivación y a un 29,6% se le mandaron exámenes complementarios como tomografías, exámenes de laboratorio etc.

RESULTADO 2: Equipo de Salud actualizado sobre las guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos

Para lograr este resultado se llevaron a cabo las siguientes actividades:

2.1. Elaboración de la planificación de la capacitación sobre: Guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos (metodología- recursos- facilitadores)

Del 16 al 20 de agosto del 2012 se elaboró el plan de capacitación para el equipo de salud el cual consto con temas, expositores, y ayudas metodológicas (Ver programación de la capacitación) en el cual se organizaron los temas a tratar, el expositor y la fecha y hora del evento.

PLANIFICACIÓN PARA LA REALIZACION DE LA CAPACITACIÓN DE ACTUALIZACIÓN AL EQUIPO DE SALUD SOBRE GUÍAS DE ATENCIÓN TEMPRANA A NIÑOS/AS CON DESORDENES NEUROLÓGICOS

INTRODUCCIÓN

La capacitación es de gran importancia para el éxito de toda institución. La capacitación desempeña una función central en la alimentación y el refuerzo de estas capacidades, Los avances en el campo de la salud requieren que todo el personal medico afinen de manera continua sus conocimientos, aptitudes y habilidades, a fin de manejar los nuevos sistemas de tratamiento, mejorar las técnicas ya conocidas. El término capacitación se utiliza con frecuencia de manera casual para referirse a los esfuerzos iniciados por una institución para impulsar el aprendizaje de sus miembros que tienden ha orientarse hacia cuestiones de desempeño de corto plazo, y desarrollo, que se orienta más a la expansión de las habilidades de una persona en función de las responsabilidades futuras.

La razón fundamental de capacitar al equipo de salud es darles los conocimientos, aptitudes y habilidades que requieren para lograr un desempeño satisfactorio para que los niños/as con desórdenes neurológicos obtengan beneficios a corto plazo.

La capacitación sirve hoy para un propósito mucho más amplio de lo que ha sido en el pasado. El objetivo era por lo general impartir las aptitudes técnicas necesarias para realizar el trabajo en equipo. En la actualidad, las Instituciones de Salud están aprovechando el hecho de que la capacitación puede mejorar el compromiso del Talento Humano. Algunas cosas ejemplifican el compromiso de la Institución hacia su personal más que proporcionar las oportunidades continuas para mejorar uno mismo; por tanto, las oportunidades de capacitación pueden ayudar a moldear el compromiso hacia los niños y niñas con trastornos neurológicos dependiendo de que tipo de patología padecen: tales como visuales, auditivas y táctiles, entre las más comunes se describen la disminución de la audición (hipoacusia de grado variable) y las deficiencias visuales (estrabismo, disminución de agudeza visual) siendo también muy frecuente la presencia de alteraciones perceptuales tales como: la dificultad de mantener el equilibrio en el espacio, dificultad para reconocer figuras, fondo y para discriminar a través del tacto las características de un objeto determinado.

JUSTIFICACION

En cuanto al papel de la atención integral o rehabilitación de los niños y niñas con desórdenes neurológicos tan pronto se establece el diagnóstico de su tipo de deficiencia se debe iniciarse un programa de rehabilitación con el fin de cumplir los siguientes objetivos:

Estimular conductas sensoriomotoras cada vez más maduras inclusive cualquier forma de locomoción de acuerdo a la edad y el compromiso desde el punto de vista psicomotor. Promover el desarrollo de formas de comunicación (lenguaje expresivo, oral, gestual, escrito o simbólico). Estimular áreas cognitivas para desarrollar habilidades sociales y aprendizaje. Lograr el máximo nivel de independencia en las actividades de la vida diaria. Proporcionar al niño herramientas sensoriomotoras y cognitivas.

Para alcanzar todos estos objetivos es necesario tener un equipo integral de profesionales especializados en rehabilitación que cuente con un Medico Fisiatra, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta del Lenguaje, equipo que de acuerdo a las necesidades individuales de la persona y con un enfoque

interdisciplinario aplique las técnicas más adecuadas de acuerdo a las necesidades individuales.

OBJETIVO: Actualizar al equipo de salud sobre Atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos

RESPONSABLE: Lcda. Germania Miranda Hidalgo

LUGAR: Instalaciones del Hospital Verdi Cevallos Balda.

FECHA: 27, 28, 29, 30 y 31 de agosto del 2012

JORNADA DE TRABAJO: 8 Horas

RECURSOS

Recursos Humanos

- 2 capacitadores
- Equipo de Salud

Recursos materiales

- Computadora / Enfocus
- Marcadores
- Papelógrafos

Metodología

- Conferencia
- Charla
- Trabajo grupal
- Trabajo práctico

RECURSOS ECONÓMICOS

- Los Recursos económicos son aportados por el maestrante

EVALUACIONES: La evaluación de la capacitación se hará de la siguiente forma:

- ✓ Se evaluará mediante la asistencia.
- ✓ El interés que demuestren los participantes, material de trabajo, metodología de trabajo.
- ✓ Se evaluará el producto a través de las habilidades, destrezas y experiencias demostradas en los talleres.
- ✓ Será escrita al final de la Capacitación.

MATRIZ DE LA CAPACITACION AL EQUIPO DE SALUD

FECHA: 27 de Agosto 2012

HORA	OBJETIVO / TEMA	METODOLOGIA	RECURSOS	RESPONSABLE
De 8:00 a 8:20	-Dar la bienvenida -Introducción de la actividad	Charla		Dr. Abel Giler
De 8:20 a 10:30	.Generalidades de las discapacidades	Exposición	Enfocus Computadora	Dr. Abel Giler
De 11:00 a 12:00	Atención a niños y niñas con desórdenes neurológicos	Exposición	Enfocus Computadora	Maestrante
De 12:00 a 13:30	Técnicas de valoración	Exposición	Enfocus Computadora	Dr. Abel Giler
De 14:00 a 15:40	Actividad Practica	Demostración	Colchoneta	Dr. Abel Giler
De 15:40 a 16:00	-Clausura y refrigerio	Despedir a los participantes	Refrigerio	Maestrante

FECHA: 28 de Agosto 2012

HORA	OBJETIVO / TEMA	METODOLOGIA	RECURSOS	RESPONSABLE
De 8:00 a 8:20	-Dar la bienvenida -Introducción de la actividad	Charla		Lcda. Germania Miranda
De 8:20 a 10:30	Tipos de desórdenes neurológicos	Exposición	Enfocus Computadora	Dr. Edison Cedeño
De 11:00 a 12:00	Introducción a la atención temprana	Exposición	Enfocus Computadora	Dr. Abel Giler
De 12:00 a 13:30	Protocolos de Rehabilitación generalizado	Exposición	Enfocus Computadora	Dr. Abel Giler
De 14:00 a 15:40	Actividad Práctica	Demostración	Colchoneta	Maestrante

FECHA: 29 de Agosto 2012

HORA	OBJETIVO / TEMA	METODOLOGIA	RECURSOS	RESPONSABLE
De 8:00 a 8:20	-Dar la bienvenida -Introducción de la actividad	Charla	Enfocus Computadora	Dr. Abel Giler
De 8:20 a 10:30	Técnica específicas de rehabilitación en atención temprana	Exposición	Enfocus Computadora	Lcda. Germania Miranda
De 11:00 a 12:00	Actualizaciones en T. Bobath	Exposición	Enfocus Computadora	Dra. Mariuxi Peña
De 12:00 a 13:30	Actualizaciones de Vojta	Exposición	Enfocus Computadora	Dr. Abel Giler
De 14:00 a 15:40	Actividad Práctica	Demostración	Colchoneta	Dr. Abel Giler

FECHA: 30 de Agosto 2012

HORA	OBJETIVO / TEMA	METODOLOGIA	RECURSOS	RESPONSABLE
De 8:00 a 8:20	-Dar la bienvenida -Introducción de la actividad	Charla		Lcda. Germania Miranda
De 8:20 a 10:30	Introducción a la rehabilitación motriz fina	Exposición	Enfocus Computadora	Dra. Mariuxi Peña
De 11:00 a 12:00	Técnicas específicas de motricidad fina y T.O.	Exposición	Enfocus Computadora	Lcda. Germania Miranda
De 12:00 a 13:30	Técnicas de Rehabilitación	Exposición	Enfocus Computadora	Dr. Abel Giler
De 14:00 a 15:40	Actividad Practica	Demostración	Colchoneta	Maestrante

FECHA: 31 de Agosto 2012

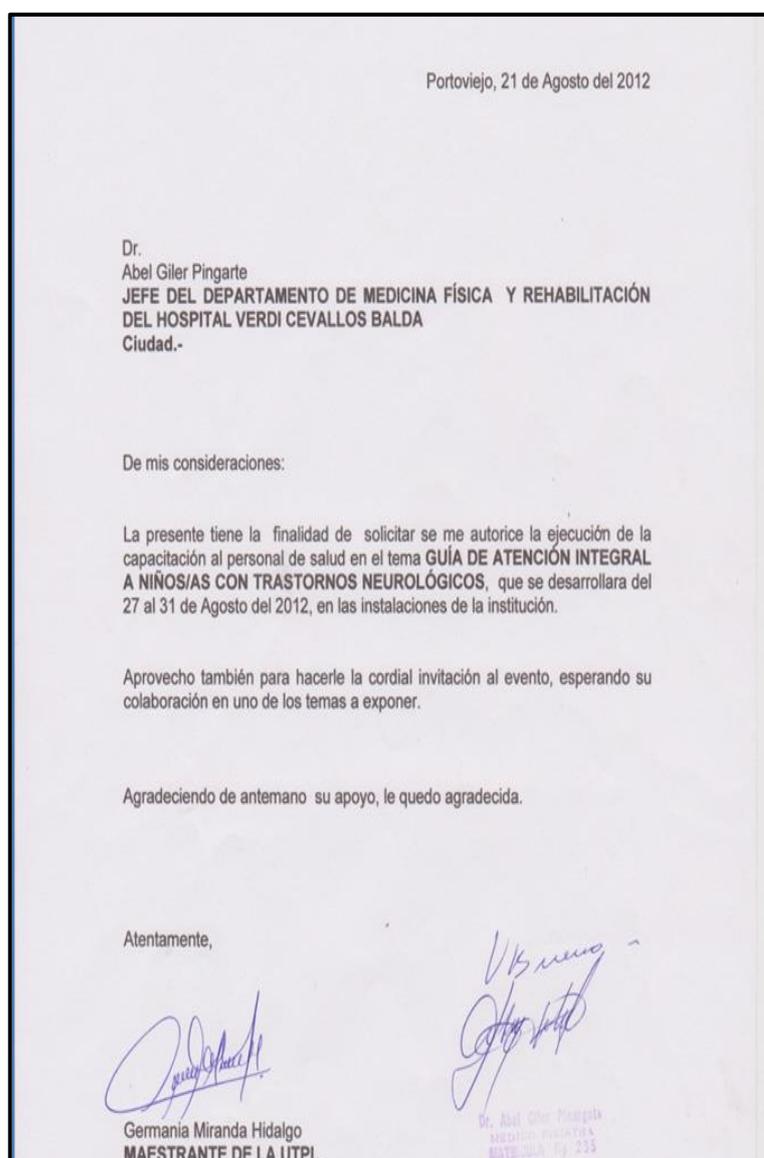
HORA	OBJETIVO / TEMA	METODOLOGIA	RECURSOS	RESPONSABLE
De 8:00 a 8:20	-Dar la bienvenida -Introducción de la actividad	Charla		Lcda. Germania Miranda
De 8:20 a 10:30	Estimulación senso motriz/ técnicas específicas	Exposición	Enfocus Computadora	Dra. Mariuxi Peña
De 11:00 a 12:00	Lenguaje y audición	Exposición	Enfocus Computadora	Dr. Edison Cedeño
De 12:00 a 13:30	Técnicas específicas	Exposición	Enfocus Computadora	Dr. Edison Cedeño
De 14:00 a 15:40	Socialización y entrega de la guía	Charla	Guía	Lcda. Germania Miranda

2.2. Reunión con las autoridades para la aprobación de la capacitación al equipo de salud y su planificación.

Para el cumplimiento de esta actividad el 21 de agosto del 2012, se organizó una reunión con el jefe del departamento de Medicina Física y Rehabilitación Dr. Abel Giler, para involucrarlo en la capacitación al equipo de salud, el cual autorizó la realización del evento augurando éxitos en su desarrollo y se comprometió en su participación como docente, en esta actividad se firmo un oficio de aprobación como respaldo de la misma. (Ver imagen No. 12)

Imagen No. 12

Oficio de Aprobación de la capacitación



2.3. Búsqueda de recursos, invitaciones, lugar, multimedia, materiales a poyo, conferencistas.

Para realizar esta actividad del 22 al 24 de agosto del 2012 se realizó la búsqueda de los recursos, lugar para la realización del evento, invitación de capacitadores y personal de salud. (Ver imagen No. 13)

Imagen No. 13

Invitación



Imagen No. 14

Entrega de invitaciones



Invitación al equipo de salud y Jefe a área a la capacitación, sobre la Guía de Atención a los niños y niñas con desórdenes neurológicos.

2.4. Ejecución de la capacitación al equipo de salud sobre las Guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos

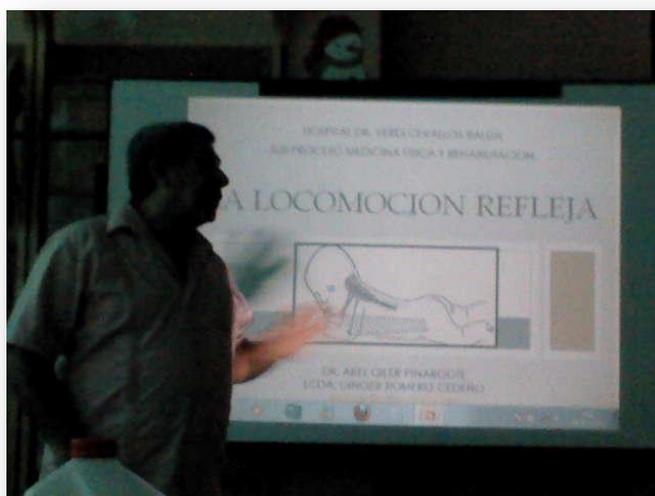
Para el cumplimiento de esta actividad del 27 al 31 de agosto del 2012, se llevó a cabo la capacitación al equipo de salud, se firmó la lista de asistencia y se distribuyó el material de apoyo a los participantes. Los temas expuestos fueron de gran importancia para el equipo de salud que emprenderá nuevos lineamientos para mejorar la calidad de vida de los niños y niñas. (Ver imagen No. 15 y 16)

Imagen No. 15

Fotografía de la capacitación



Dr. Edison Cedeño participando de la capacitación a equipo médico



Dr. Abel Giler participando de la capacitación a equipo médico

Imagen No. 16

Firma de asistencia a la capacitación

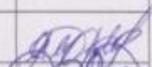
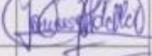
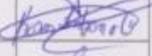
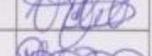
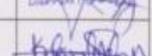
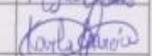
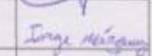
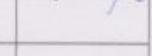


UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA
EL DESARROLLO LOCAL

Capacitación al personal de salud

FECHA: 27 DE AGOSTO/2012

TEMA: GUÍAS DE ATENCIÓN A LOS NIÑOS Y NIÑAS CON DESORDENES NEUROLÓGICOS.

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
	Dr. Abel Gilas Pinargote	
	TM. Vanessa Fabares Moreira	
	Leda Karen Zambrano Ocampo	
	Dr. Robinson Coronado Moreno	
	Dic. Patricia Barquero Puello	
	Int. Maria Eliza Garcia Jimeno	
	Lda. Carla Iván Rodríguez Zambrano	
	Karina Elizabeth Mora Mora	
	Cristian Xavier Franco Espinoza	
	Angela Maria Meneses Zambrano	
	Karla Fernanda Garcia Lopez	
	Jorge Adrián Márquez Solís	

2.5. Evaluación de la capacitación al equipo de salud (aplicación de encuesta de satisfacción)

Para el cumplimiento de esta actividad el 31 de agosto último día se llevó a cabo la evaluación al equipo de salud, por medio una encuesta de satisfacción y con el objetivo de valorar la capacitación brindada, la cual fue llenada por todos los participantes de forma positiva .

Encuesta No. 1
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
DIRIGIDA AL EQUIPO DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA

¿Qué le pareció los contenidos de los temas de capacitación?

- Muy adecuado
- Adecuado
- Inadecuado

La duración de la capacitación le pareció:

- Excesivo
- Suficiente
- Insuficiente

Las Guías de Atención Temprana a los niños y niñas con desórdenes neurológicos fueron:

- Excelentes
- Buenas
- Malas

La metodología que aplicaron los conferencistas fueron:

- Excelentes
- Buenas
- Pésimas

EVALUACIÓN DE INDICADORES DE RESULTADOS

RESULTADO 2: Equipo de Salud actualizado sobre las Guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos.

INDICADORES

Hasta el 31 de agosto del 2012 el 100% del equipo de salud actualizado sobre Guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos.

Este indicador se cumple en un 100%, ya que el equipo de Salud participó en la actualización de conocimientos sobre las Guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos.

Los talleres de actualización de conocimientos se realizaron del 27 al 31 de agosto 2012 y tuvieron una buena acogida por parte de los participantes. Se aplicó un test de evaluación después de la capacitación a los 11 participantes o asistentes, cuyos resultados se resumen en cuadros y gráficos.

Cuadro No. 4

Criterio del equipo de salud sobre los temas en Atención temprana tratados en la capacitación

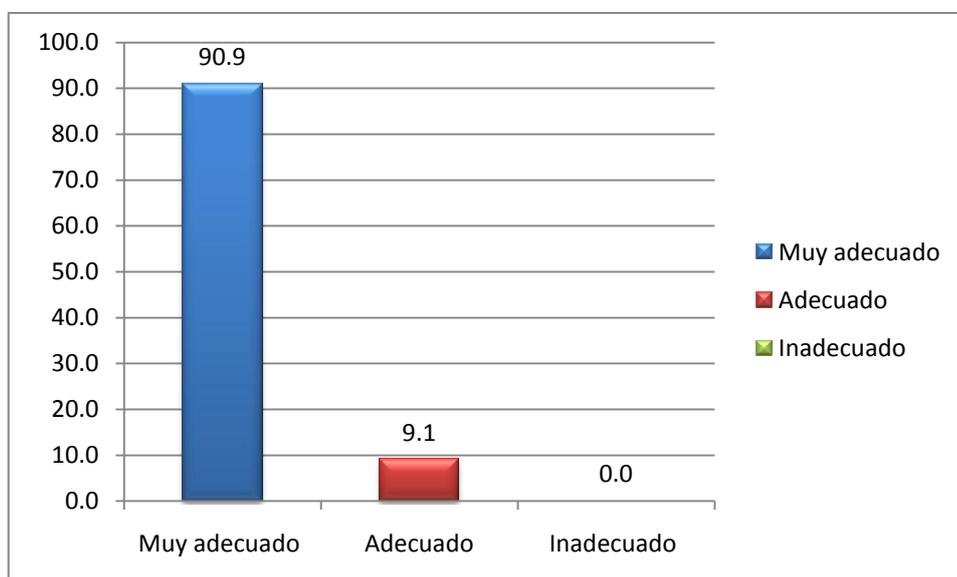
ITEMS	F	%
Muy adecuado	10	90,9
Adecuado	1	9,1
Inadecuado	0	0,0
TOTAL	11	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Germania Miranda Hidalgo

Gráfico No. 2

Criterio del equipo de salud sobre los temas en Atención temprana tratados en la capacitación



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Germania Miranda Hidalgo

Análisis e interpretación:

El cuadro No. 4 y gráfico No. 2 nos muestra el criterio del equipo de salud sobre los temas en Atención Temprana, un 90,9 % que corresponde a 10 participantes los consideró como muy adecuados, el restante 9,1% como adecuados.

Cuadro No. 5

Criterio del equipo de salud sobre el periodo de duración de la capacitación

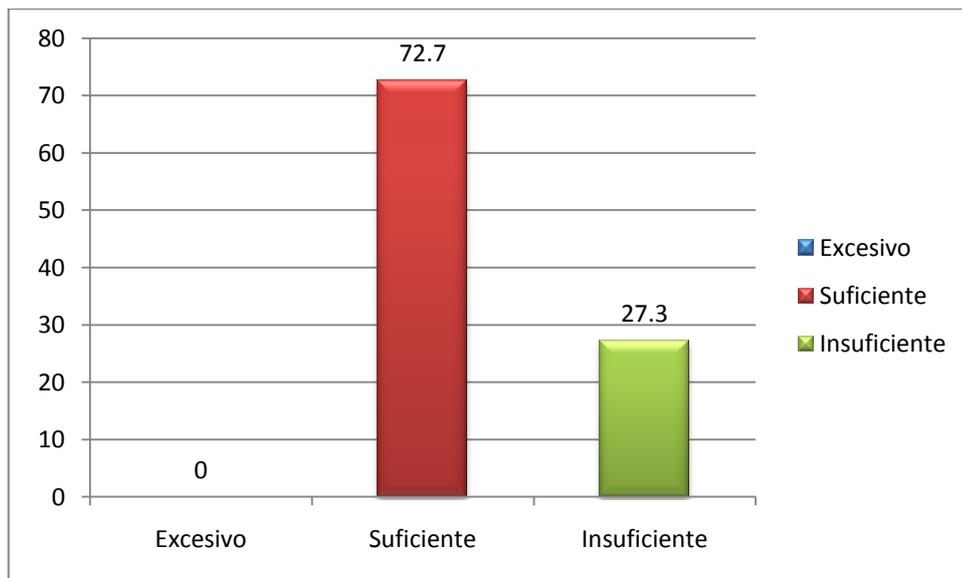
ITEMS	F	%
Excesivo	0	0
Suficiente	8	72,7
Insuficiente	3	27,3
TOTAL	11	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Germania Miranda Hidalgo

Gráfico No. 3

Criterio del equipo de salud sobre el periodo de duración de la capacitación



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Germania Miranda Hidalgo

Análisis e interpretación:

En el cuadro No. 5 y gráfico No. 3 en lo correspondiente al criterio del equipo de salud sobre el periodo de duración de la capacitación, un 72,7% lo valoró como suficiente, mientras un 27,35 como insuficiente, cifra que nos sugiere extender este tipo de capacitaciones.

Cuadro No. 6

Criterio del equipo de salud sobre las Guías de atención temprana a los niños y niñas con desórdenes neurológicos

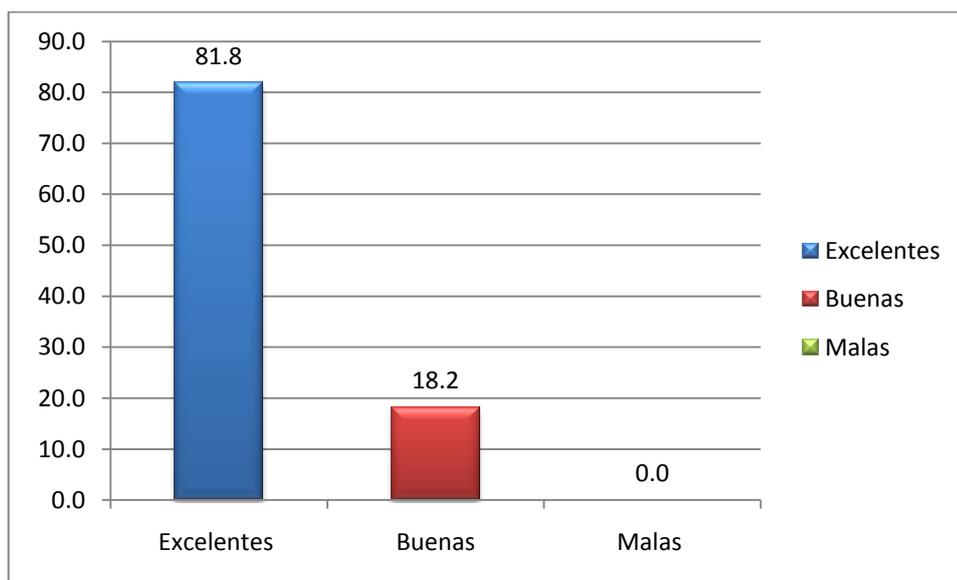
ITEMS	F	%
Excelentes	9	81,8
Buenas	2	18,2
Malas	0	0,0
TOTAL	11	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Germania Miranda Hidalgo

Gráfico No. 4

Criterio del equipo de salud sobre las Guías de atención temprana a los niños y niñas con desórdenes neurológicos



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Germania Miranda Hidalgo

Análisis e interpretación:

El cuadro No. 6 y gráfico No. 4 nos muestra criterio del equipo de salud sobre las Guías de Atención Temprana a los niños y niñas con desórdenes neurológicos, estos consideraron a las Guías como excelente en un 81,8%, el resto de los asistentes que corresponde a un 18,2% la valoró como buena.

Cuadro No. 7

Criterio del equipo de salud sobre la metodología que aplicaron los conferencistas

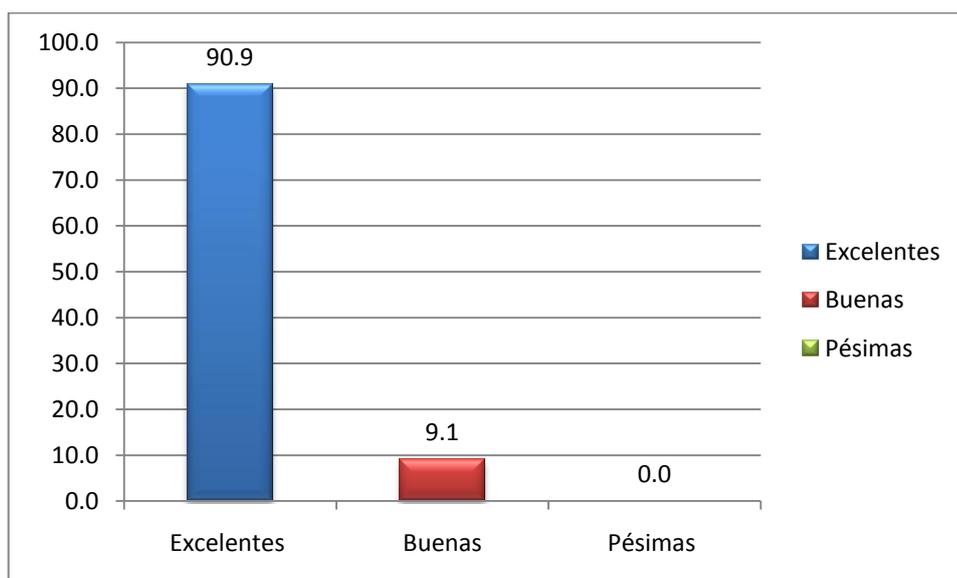
ITEMS	F	%
Excelentes	10	90,9
Buenas	1	9,1
Pésimas	0	0,0
TOTAL	11	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Germania Miranda Hidalgo

Gráfico No 5

Criterio del equipo de salud sobre la metodología que aplicaron los conferencistas



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Germania Miranda Hidalgo

Análisis e interpretación:

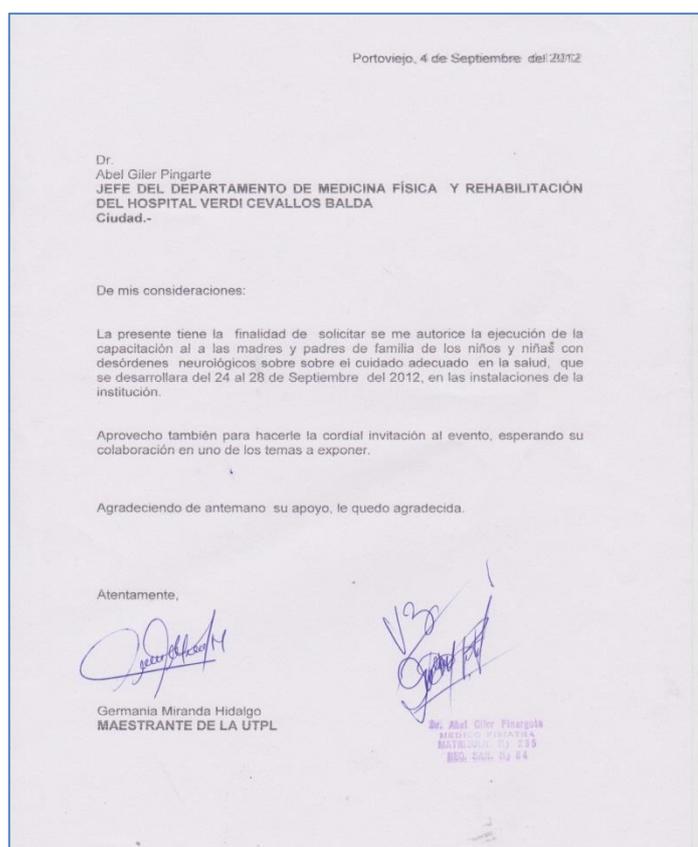
El cuadro No. 7 y gráfico No. 5 nos muestra el criterio del equipo de salud sobre la metodología que aplicaron los conferencistas, el resultado fue que un 90,9 la considero como excelente y un 9,1% como buena

RESULTADO 3: Padres y madres con conocimiento sobre el cuidado adecuado en la salud del niño/a con desórdenes neurológicos

3.1. Entrevista con directivos para solicitar autorización de la capacitación a los padres y madres de niños/as con desórdenes neurológicos.

Para el cumplimiento de esta actividad el 4 de septiembre del 2012, se organizó una reunión con el Jefe de departamento de Medicina Física y Rehabilitación Dr. Abel Giler, en la que se solicitó la respectiva autorización de las capacitaciones, para este cometido se dejó como constancia un oficio, (Ver Imagen No. 16) que lo podemos ver en el oficio de Director Médico. (Ver apéndice No. 1).

Imagen No. 16



3.2. Planificación de la capacitación a los padres y madres de niños/as con desórdenes neurológicos sobre el cuidado de su salud.

Del 5 al 9 de septiembre del 2012, se elaboró el cronograma de charlas y conferencias para desarrollar temas de interés para los padres y madres de familia. Se incluyeron temas como:

PLAN PARA LA REALIZACION DE LA CAPACITACION A LOS PADRES Y MADRES DE FAMILIA

La atención a un niño/a con desórdenes neurológicos no sólo deben estar dirigida al niño, sino sobre todo promover la creación y/o fortalecimiento de ambientes adecuados donde el niño pueda desarrollarse en óptimas condiciones, así pues la familia se convierte en un objetivo de trabajo dentro del marco de intervención a la discapacidad.

Debemos empezar por revalorizar la función de la familia, dentro de ella, la madre y el padre juegan un papel determinante en su desarrollo, sobre ellos recae la responsabilidad de educar, cuidar y estimular, y son sin duda los que mejor conocen al niño.

En la medida que trabajemos en post de los mismos objetivos y de manera conjunta, tanto padres como profesionales, desarrollaremos mayores capacidades para atender y responder de manera adecuada a las necesidades especiales de los niños y niñas que asisten al departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Verdi Cevallos Balda.

OBJETIVOS:

- ✓ Potenciar a la familia como entorno funcional, incrementando los conocimientos y las destrezas necesarias para ayudar al menor con discapacidad a desarrollarse óptimamente.
- ✓ Favorecer la calidad de vida de la familia.

METAS:

Este taller de capacitación está dirigido a los padres y madres de familia de los niños con desórdenes neurológicos en un total de 120 asistentes.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS

El programa tendrá dos dimensiones en el trabajo con la familia:

- ✓ Charlas de sensibilización del trabajo del niño/a en casa
- ✓ Charlas sobre el manejo terapéutico del niño en casa
- ✓ Actividades prácticas

CHARLA DE SENSIBILIZACIÓN DEL TRABAJO DEL NIÑO/A EN CASA

Abordar temas relativos a la discapacidad y su influencia en la vida familiar. Permite la expresión de sentimientos en un contexto donde está garantizada la empatía por el hecho de que los participantes han vivido, o están viviendo, experiencias semejantes.

OBJETIVOS:

- ✓ Facilitar el conocimiento entre los padres y el apoyo interfamiliar.
- ✓ Proporcionar nuevas fuentes de apoyo emocional, social, de ayuda y comunicación.
- ✓ Compartir experiencias relativas al hijo.
- ✓ Favorecer el equilibrio entre las demandas de la discapacidad y las necesidades de la familia.
- ✓ Facilitar la aceptación de la discapacidad en los miembros de la familia.
- ✓ Aprender estrategias de interacción con el niño/a discapacitado.

ESTRATEGIAS:

- ✓ Reunir a los padres por grupos de acuerdo al tipo de discapacidad del menor.
- ✓ De preferencia los grupos deben ser homogéneos en cuanto a la discapacidad, pues cuando se trata de trastornos más semejantes, los padres se identifican mejor.
- ✓ El profesional es un moderador.

CHARLA SOBRE EL MANEJO TERAPÉUTICO DEL NIÑO EN CASA.

Consiste en brindar información de actividades que los padres pueden realizar en casa con los niño/as

Objetivos:

- ✓ Facilitar el contacto entre las familias estrechando lazos de ayuda y amistad
- ✓ Responder a las necesidades de los padres sobre la información necesaria sobre el cuidado y manejo del niño.
- ✓ Mejorar la formación de los padres en temas relativos a la discapacidad.

- ✓ Estimular la autonomía de las familias en la resolución de problemas.
- ✓ Capacitar a las familias en el uso de técnicas de intervención.
- ✓ Informar sobre la existencia de materiales y recursos existentes.

Estrategias

- ✓ Se contará con la participación de profesionales invitados
- ✓ Se realizarán en dinámicas participativas

ACTIVIDAD PRÁCTICA

Es la presencia física de alguno de los padres o persona responsable encargada en la sesión de estimulación que el profesional lleva a cabo con el niño. La observación directa de los intercambios que el profesional realiza con el niño sirven de modelo y punto de reflexión sobre las propias estrategias ellos poseen.

Objetivos:

- ✓ Establecer una relación de confianza mutua padre-profesional
- ✓ Aprender a observar las potencialidades del bebé niño.
- ✓ Aprender técnicas concretas de estimulación en casa

Estrategias:

- ✓ Explicar a las familias lo que se espera de ellas en la sesión, de modo que sepan cómo tienen que participar. No son meros observadores, sino agentes activos de la sesión.
- ✓ Explicar claramente que no hay fórmulas establecidas y válidas para todas las personas.
- ✓ Descubrir la mejor forma de interactuar con el niño/a.
- ✓ Partir de la interacción natural madre-hijo/a sin hacer juicios de valor, reforzando sus competencias y proponiendo acciones concretas, nunca imponiéndolas.
- ✓ Sugiriendo la adaptación de juegos o acciones realizados en la situación de estimulación a la situación natural de rutinas o juego en el hogar.
- ✓ Responder a las dudas concretas que los padres plantean.

MATRIZ DE LOS TALLERES

✓ **FECHA:** 24 de septiembre del 2012

Tiempo	OBJETIVO	METODOLOGIA	RECURSOS	RESPONSABLE
10 min.	-Dar la bienvenida -Introducción de la actividad	Charla	Enfocus	Lcda. Alejandra Rivadeneira
10 min.	-Dinámica de integración	Expresar las habilidades, gustos y disgustos de su hijo/a	Computadora	Lcdo. Adriano Reyes
40 min.	Sensibilización del trabajo del niño/a en casa	Exposición	Enfocus Computadora	Lcdo. Vicente Moreira
40	Dar a conocer aspectos relacionados con la nutrición	Exposición	Enfocus Computadora	Lcdo. Pedro Cedeño
50 min.	Introducción al Manejo terapéutico del niño en casa.	Exposición	Enfocus Computadora	Maestrante
50 min.	Actividad Práctica	Actividad grupal	Colchoneta, balón, Rodillo	Maestrante

✓ **FECHA:** 25 de septiembre del 2012

Tiempo	OBJETIVO	METODOLOGIA	RECURSOS	RESPONSABLE
50 min.	Sensibilizar sobre las secuelas incapacitantes propias de los niños con algún tipo de Discapacidad	Exposición	Enfocus Computadora	Lcdo. Víctor Lucas
40	Explicar la importancias de adecuaciones en el hogar	Exposición	Enfocus Computadora	Lcdo. Vicente Moreira
50 min.	Manejo terapéutico del niño en casa, movilidad pasiva y activa asistida	Exposición	Enfocus Computadora	Lcdo. Pedro Cedeño
50 min.	Actividad Práctica	Actividad grupal	Colchoneta, balón, Rodillo	Lcdo. Pedro Cedeño

✓ **FECHA:** 26 de septiembre del 2012

Tiempo	OBJETIVO	METODOLOGIA	RECURSOS	RESPONSABLE
10 min.	-Dar la bienvenida -Introducción de la actividad	Charla		Lcdo. Adriano Reyes
50 min.	Enseñar los materiales útiles para las adecuaciones en el hogar	Exposición	Enfocus Computadora	Lcdo. Vicente Moreira

40	Que los padres expliquen los materiales que utilizan en casa y las adecuaciones que tiene en el hogar	Trabajo grupal	Enfocus Computadora	Lcdo. Pedro Cedeño
50 min.	Manejo terapéutico del niño en casa, cambios posturales, posturas viciosas, controles posturales	Exposición	Enfocus Computadora	Lcdo. Adriano Reyes
50 min.	Actividad Práctica	Actividad grupal	Colchoneta, balón, Rodillo	Lcdo. Vicente Moreira

✓ **FECHA:** 27 de septiembre del 2012

Tiempo	OBJETIVO	METODOLOGIA	RECURSO	RESPONSABLE
10 min.	-Dar la bienvenida -Introducción de la actividad	Charla		Maestrante
50 min.	Explicar los recursos utilizados en los hogares para la estimulación motriz, sensorial, lenguaje etc.	Exposición	Enfocus Computadora	Lcdo. Vicente Moreira
40	Actividad práctica	Trabajo grupal	Enfocus Computadora	Lcdo. Pedro Cedeño
50 min.	Posturas inhibitorias de patrones anormales, acciones para seguir en casa	Exposición	Enfocus Computadora	Lcdo. Adriano Reyes
50 min.	Actividad Práctica	Actividad grupal	Colchoneta, balón, Rodillo	Lcda. Germania Miranda.

✓ **FECHA:** 28 de septiembre del 2012

Tiempo	OBJETIVO	METODOLOGIA	RECURSOS	RESPONSABLE
10 min.	-Dar la bienvenida -Introducción de la actividad	Charla		Maestrante
50 min.	Actividad practicas : Medios de estimulación	Exposición	Enfocus Computadora	Lcdo. Adriano Reyes
40 min.	Actividad práctica : Medios de estimulación	Trabajo grupal	Enfocus Computadora	Maestrante

✓ **RESPONSABLE:**

RESPONSABLE:

- Lcda. Germania Miranda

LUGAR: Portoviejo, Hospital Verdi Cevallos Balda.

FECHA: 24, 25, 26, 27, 28 de septiembre 2012

JORNADA DE TRABAJO

- 8 Horas

METODOLOGÍA

- Conferencia
- Charla
- Trabajo grupal
- Trabajo práctico

RECURSOS

HUMANOS

- ✓ Equipo multidisciplinario
- ✓ Niños/a, familia

MATERIALES

- Instrumentos de evaluación pre y post taller
- Materiales educativos: Guías de apoyo a las familias
- Materiales de rehabilitación colchoneta, balón etc.

FINANCIAMIENTO

- Recursos Propios de la institución
- Recursos propios del maestrante

EVALUACIÓN

Se realizará una evaluación pre y post taller para evaluar los conocimientos adquiridos.

3.3. Reunión con el equipo de salud para socializar las actividades y solicitar apoyo.

El 10 de septiembre del 2012 se llevó a cabo una reunión con el equipo de salud, esta actividad fue programada con la finalidad de comprometer la colaboración y participación del personal en las charlas a los padres y madres de familia, los resultados de esta reunión fueron favorables. (Ver imagen No. 17)

Imagen No. 17

Fotografía de reunión



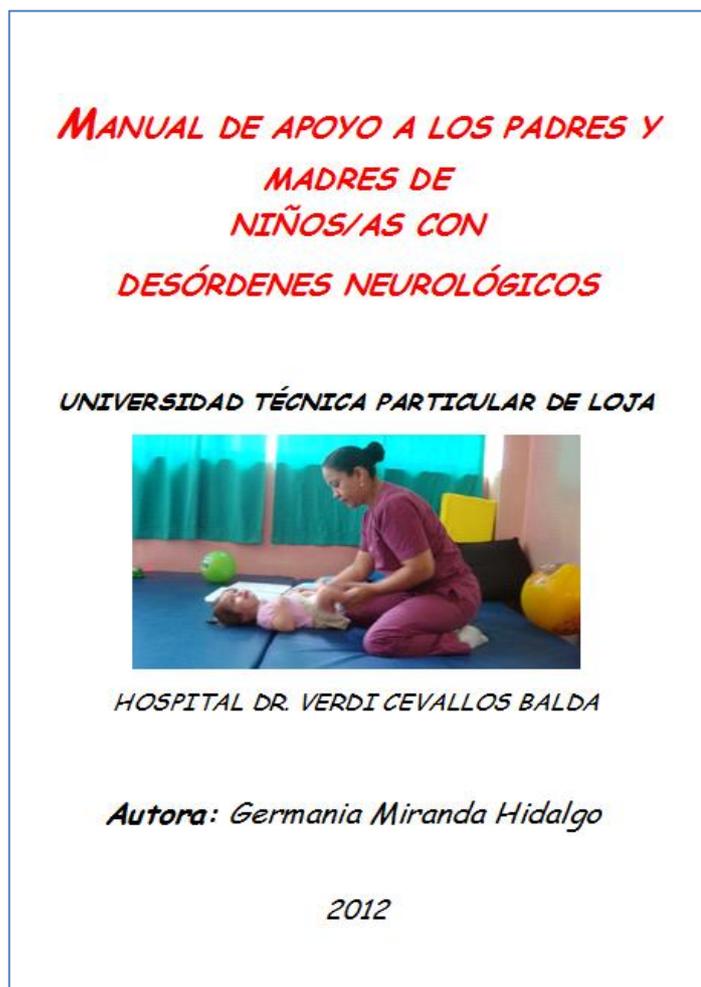
Reunión con el equipo de salud para socializar la planificación de la capacitación y solicitar colaboración.

3.4. Elaboración de un manual de apoyo para los padres y madres de niños/as con desórdenes neurológicos sobre el cuidado de su salud y aprobación del mismo.

Del 12 al 19 de septiembre del 2012, se procedió a la elaboración del manual de apoyo a los padres sobre el cuidado de la salud de los niños/as, para el cual se recurrió a textos sobre la temática. (Ver imagen No. 18). (Ver firma de aprobación del manual de apoyo en el apéndice No 8)

Imagen No. 18

MANUAL DE APOYO A LOS PADRES Y MADRES



3.5. Búsqueda de recursos (invitaciones, lugar, multimedia, conferencistas)

Para el cumplimiento de esta actividad del 19 al 22 de septiembre del 2012, se inicio la búsqueda de recursos y elaboración del material de apoyo, invitación a los conferencistas, búsqueda de multimedia etc.

3.6. Ejecución de la capacitación a los padres y madres a los padres y madres de niños/as con desórdenes neurológicos sobre el cuidado de su salud

Con la participación de los padres y madres de familia, y luego de registrar la asistencia, del 24 al 28 de septiembre del 2012, se llevó a cabo la capacitación sobre el cuidado adecuado en la salud del niño/a, a quienes se les informó cómo detectar problemas de salud y sobre todo del manejo adecuado del niños en casa, para mejorar su calidad de vida. (Ver imagen No. 19)

Imagen No. 19
Fotografía de la capacitación



Participación de las madres en la capacitación, sesión práctica.



Lcdo. Adriano Reyes participando con la charla. Manejo terapéutico del niño en casa, cambios posturales, posturas viciosas,



Lcdo. Vicente Moreira impartiendo charla sobre. La sensibilización del trabajo del niño/a en casa



Lcdo. Pedro Cedeño dando charla sobre el Manejo terapéutico del niño en casa, movilidad pasiva y activa asistida



Lcdo. Víctor Lucas impartiendo charla sobre La sensibilización a los padres de familia en secuelas incapacitantes propias de los niños con algún tipo de discapacidad.

Imagen No. 20

Listado de asistencia (Ver en apéndice No 2)

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA
 EL DESARROLLO LOCAL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL
 VERDI CEVALLOS BALDA

Capacitación a los padres y madres de familia

FECHA:

TEMA:

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
	Chico Zumbano Andrea Juliana	<i>[Firma]</i>
	Suarez S. Amalia Patricia Aureliana	<i>[Firma]</i>
	Chico Mazonera Doa Do	<i>[Firma]</i>
	Sandry Garcia Estela Lucia	<i>[Firma]</i>
	condado Branda	<i>[Firma]</i>
	Alfonso Estrella Caterina Villeg	<i>[Firma]</i>
	Rosari Rodriguez Olga Rosaura	<i>[Firma]</i>
	Montesano G. Guayana Espinoza	<i>[Firma]</i>
	Marta Guadalupe Zumbano Parales	<i>[Firma]</i>
	García Bora Tony Esteban	<i>[Firma]</i>
	Delgado Lopez Ana Maria	<i>[Firma]</i>
	Sanabria Rosaura Maura	<i>[Firma]</i>
	Valencia Larrea Anselminda Pedriguez	<i>[Firma]</i>
	Alfonso Virginia Zumbano Arguedas	<i>[Firma]</i>
	Moreno del Rocio Sandra Estepa	<i>[Firma]</i>
	Nelly Galan Luis Estrella	<i>[Firma]</i>
	Guenda Pacheco S.	<i>[Firma]</i>
	Silva Milva Bonato	<i>[Firma]</i>

3.7. Evaluación de la capacitación a padres y madres de familia.

Para el cumplimiento de esta actividad, se realizó la evaluación una vez cumplida la jornada de capacitación para medir el grado de conocimientos adquiridos por los padres y madres de los niños/as con desórdenes neurológicos. Esta actividad de llevo a cabo el 28 de septiembre del 2012 (Ver Test No. 1)

Test No. 1

Test de conocimiento

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Hospital Verdi Cevallos Balda

TEMA: CAPACITACION A LAS FAMILIAS SOBRE EL MANEJO ADECUADO NIÑOS CON TRASTORNOS NEUROLOGICOS

FECHA:

A CONTINUACIÓN USTED ENCONTRARÁ UNAS PREGUNTAS QUE NOS PERMITIRAN EVALUAR EL CONOCIMIENTO QUE TIENE USTED SOBRE LOS ASPECTOS REHABILITATORIO DE SU HIJO/ JA; POR FAVOR ELIJA UNA SOLA RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA, MARCANDO CON UNA X LA RESPUESTA QUE CONSIDERA CORRECTA.

1. Los cambios posturales son: de sentado a arrodillado, de arrodillado a parado, de puntilla, de talón, volteo, de acostado a sentado.

SI NO

1. Para que su hijo o hija pueda caminar, ponerse de pie, trasladarse sin ayuda, es importante estimular la postura y no el equilibrio.

SI NO

2. Para la estimulación sensorial usted le debe realiza masajes de estimulación y evitar la estimulación contexturas.

SI NO

3. Usted debe movilizar al niño para que empiece a caminar.

SI NO

4. Para mantener el tono muscular y evitar la rigidez articular y deformaciones usted debe mover a su hijo todos los días

SI NO

EVALUACIÓN DE INDICADORES DE RESULTADOS

RESULTADO 3: Padres y madres con conocimiento sobre el cuidado adecuado en la salud del niño/a con desórdenes neurológicos.

INDICADORES

Hasta el 28 de Septiembre del 2012 el 90% de los padres y madres de familia con conocimiento sobre el adecuado manejo en la salud del niño/a con desórdenes neurológicos.

Este indicador se cumple en un 90%, ya que los padres de familia y madres de familia de los niños/as con desórdenes neurológicos, participaron en la capacitación sobre el cuidado adecuado de la salud. Los talleres de actualización de conocimientos se realizaron hasta 28 de septiembre del 2012 y tuvieron una buena acogida por parte de los participantes. Se aplicó un test antes y después de la capacitación a las 120 madres y padres de familia, cuyos resultados se resumen en cuadros y gráficos.

Cuadro No. 8

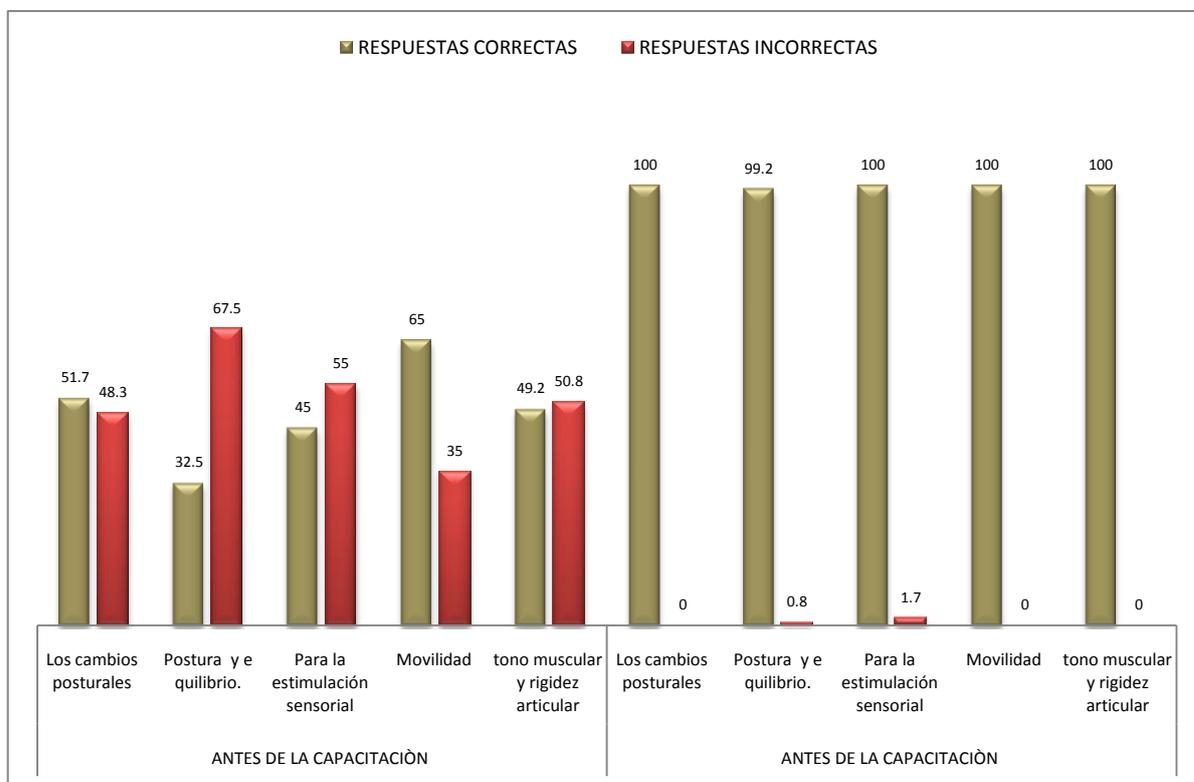
Distribución porcentual del test de conocimiento a los padres y madres de familia sobre adecuado manejo en la salud del niño/a con desórdenes neurológicos

ITEMS	ANTES DE LA CAPACITACIÓN				DESPUES D ELA CAPACITACIÓN			
	Si conocen		No conocen		Si conocen		No conocen	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Los cambios posturales	62	51,7	58	48,3	120	100	0	0
Postura y el equilibrio.	39	32,5	81	67,5	119	99,2	1	0,8
Para la estimulación sensorial	54	45	66	55,0	120	100	0	0
Movilidad	78	65	42	35,0	120	100	0	0
Tono muscular y rigidez articular	59	49,2	61	50,8	120	100	0	0

Fuente: Esquemas de tratamientos
Elaborado por: Lcda. Germania Miranda

Grafico No. 6

Distribución porcentual del test de conocimiento a los padres y madres de familia sobre adecuado manejo en la salud del niño/a con desórdenes neurológicos



Fuente: Esquemas de tratamientos
 Elaborado por: Lcda. Germania Miranda

Análisis e interpretación: En el cuadro No.8 y gráfico No 6 podemos observar la distribución porcentual de los resultados obtenidos en el test de conocimiento aplicados a los padres y madres de los niños y niñas; en cuanto a los cambios posturales antes de la capacitación las respuestas acertadas fueron un 51,7 %, después de la capacitación este porcentaje subió al 100%, de igual forma con la postura y el equilibrio que pasó de un 32,5%, en cuanto a la estimulación sensorial aumento de un 45% a un 100%, la movilidad de un 65 a un 100% y el tono muscular y rigidez articular de un 49,2% a un 100%.

EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL PROPÓSITO

PROPÓSITO: Niños/as con desórdenes neurológicos atendidos en el departamento Medicina Física del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo reciben buena calidad de atención

INDICADOR

Hasta el 31 de octubre del 2012 el 80% de los niños/as con desórdenes neurológicos reciben buena calidad de atención. Para el cumplimiento de este indicador se contó con el involucramiento de los Directivos y del equipo de salud del departamento de Medicina Física del Hospital Verdi Cevallos Balda, quienes brindaron atención a los niños y niñas con desórdenes neurológicos, dando cumplimiento al programa. La productividad de las actividades realizadas se resume en las Historias Clínicas de la Institución, para medir la calidad se aplicó una encuesta de satisfacción (Ver encuesta No. 2). Cuyos resultados se presentan en las siguientes tablas y gráficos.

Encuesta No. 2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.

1. La primera cita fue programada de manera eficiente y puntual:

- De acuerdo
 En desacuerdo

Por favor explique:

2. El personal de administrativo y medico del Departamento de Rehabilitación fue amable y sensible a mi situación:

- De acuerdo
 En desacuerdo

Por favor explique:

3. El equipo de salud accesible me ayudó a entender los objetivos de mi programa:

- De acuerdo
 En desacuerdo

Por favor explique:

4. El personal de Fisioterapia/de Terapia Ocupacional me ayudó a entender el tratamiento aplicado a mi familiar (hijo/a) y cómo es aplicable a mi condición:

De acuerdo

En desacuerdo

Por favor explique:

5. El equipo de Fisioterapia, de Terapia Ocupacional y de terapia de lenguaje al trabajó conmigo en cada tratamiento:

De acuerdo

En desacuerdo

Por favor explique:

6. El programa de Rehabilitación me ayudó a entender el tratamiento adecuado del niño/a en casa: las posturas y las técnicas.

De acuerdo

En desacuerdo

Por favor explique:

7. El Terapeuta físico, Terapeuta ocupacional y de Lenguaje, fueron accesibles, me proporcionaron instrucción, me explicó el programa y respondió a mis preguntas:

De acuerdo

En desacuerdo

Por favor explique:

8. La cita con el Médico fue beneficiosa para mi estado de salud de mi familiar (hijo/a) y me dio seguridad para poder participar en el programa de rehabilitación:

De acuerdo

En desacuerdo

Por favor explique:

Cuadro No. 9

Distribución porcentual de la encuesta de satisfacción a los padres y madres de familia de los niños y niñas con desórdenes neurológicos

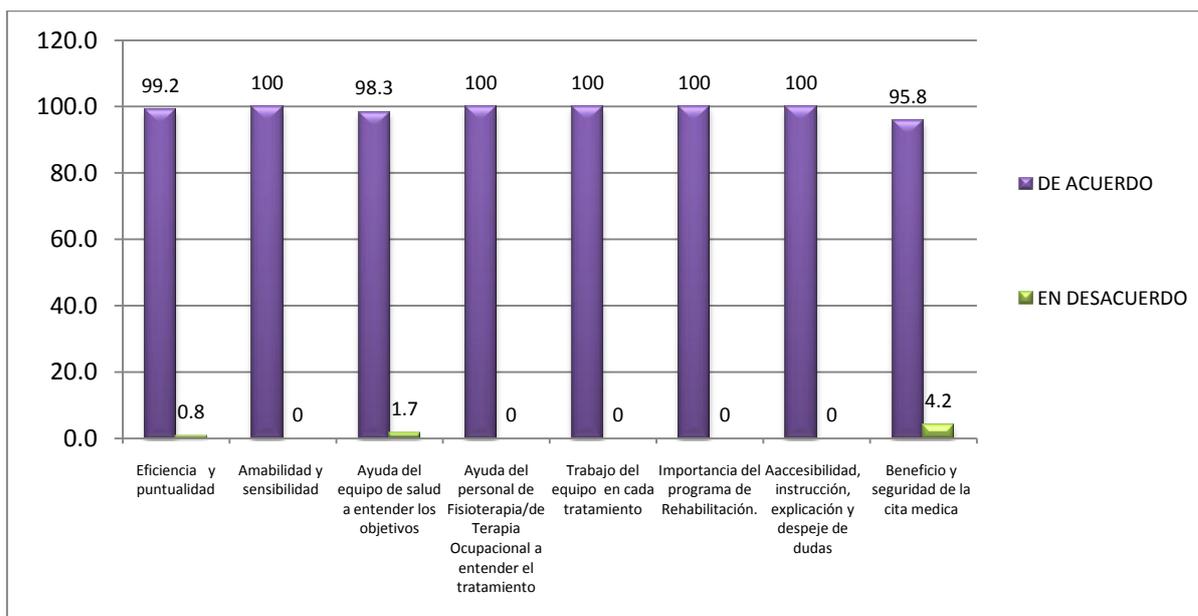
INTEMS	DE ACUERDO		EN DESACUERDO	
	F	%	F	%
Eficiencia y puntualidad	119	99,2	1	0,8
Amabilidad y sensibilidad en la atención	120	100	-	-
Ayuda del equipo de salud a entender los objetivos de mi programa	118	98,3	2	1,7
Ayuda del personal de Fisioterapia/de Terapia Ocupacional a entender el tratamiento	120	100	-	-
Trabajo del equipo en cada tratamiento	120	100	-	-
Importancia del programa de atención temprana.	120	100	-	-
Accesibilidad, instrucción, explicación y despeje de dudas por parte del equipo de salud	120	100	-	-
Beneficio y seguridad de la cita medica y valoraciones.	115	95,8	5	4,2

Fuente: Esquemas de tratamientos

Elaborado por: Lcda. Germania Miranda Hidalgo

Gráfico No. 7

Distribución porcentual de la encuesta de satisfacción a los padres y madres de familia de los niños y niñas con desórdenes neurológicos



Fuente: Esquemas de tratamientos

Elaborado por: Lcda. Germania Miranda Hidalgo

Análisis e interpretación: En el cuadro No. 9 y gráfico No. 7 nos muestra el nivel de satisfacción que sienten los padres y madres de familia del departamento de Medicina física y Rehabilitación, un 100% de estos concederán esta de acuerdo con la amabilidad y sensibilidad en la atención, ayuda del personal de Fisioterapia, de Terapia Ocupacional a entender el tratamiento, el trabajo del equipo de salud en cada tratamiento y la importancia del programa de atención temprana, de la misma forma la accesibilidad, instrucción, explicación y despeje de dudas por parte del equipo de salud, en cuanto a la eficiencia y puntualidad un 99,2 están de acuerdo mientras que el restante 0,8% consideran que no, en lo que tiene que ver con el beneficio y seguridad de la cita medica y valoraciones un 95,8% esta de acuerdo, mientras que un 4,2% no.

CONCLUSIONES

Que se cumplió con el 100% de los objetivos.

Que la implementación de las Guías de atención temprana de niños/as con desórdenes neurológicos por parte del equipo de salud, ha permitido a los niños/as con el apoyo de sus familiares, mejorarla calidad de atención del servicio. Todo esto redundará en contribuir a disminuir las limitaciones permanentes en los niños y niñas con desórdenes neurológicos.

Que la actualización del equipo de salud sobre Guías de atención temprana a los niños y niñas con desórdenes neurológicos contribuyan positivamente en el mejoramiento de la salud de los mismos.

Que la información que se brindó a los padres de familia sobre el manejo adecuado del niño/a junto con los servicios que se brindan en el departamento de Medicina Física y Rehabilitación, provocó que el niño/a y familia acudan por atención formando una relación eficaz con el equipo de salud.

Las actividades desarrolladas en el programa lograron integrar de manera participativa a las madres y padres de familia que forman parte de la población.

RECOMENDACIONES

Que las Guías de atención temprana sigan implementándose en el Hospital Verdi Cevallos Balda, para mejorar la calidad de atención a los niños/as por parte del equipo de salud y esto permita que con el apoyo de sus familiares, mejoren su calidad de vida.

Que la aplicación de las Guías de Atención Temprana se constituyan en un factor importante y decisivo para disminuir discapacidades permanentes en los niños y niñas.

Que la actualización del equipo de salud contribuya positivamente en el mejoramiento de la salud de los niños/as y que la información a los padres de familia junto con los servicios que se brindan en el departamento de Medicina Física y Rehabilitación se sigan difundiendo en las demás instituciones de salud, para que el niño y familia reciban el apoyo y tratamiento adecuado.

Que las autoridades coordinen con los responsables del departamento de Medicina Física y Rehabilitación en programas y proyectos en bienestar de los niños/as con desórdenes neurológicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcantud Marín, F. (2008). Las tecnologías de ayuda: un modelo de intervención. En http://www.care.org.ar/archivos/Tecnologias_de_Ayuda.pdf, consultado 05/07/2008).
2. Araujo, M, Brenner, P (2005). Pautas para la elaboración, aplicación y evaluación de guías clínicas. Chile Ministerio de salud.
3. Artigas-Pallarés J. (2007). Atención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. A favor de la intervención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. Rev. Neurol; 44 (Supl 3): s31-s3
4. Badía i Corbella, M. (2007).-Tendencias actuales de investigación sobre el nuevo concepto de parálisis cerebral. Siglo Cero 223. vol. 38 (3), p. 25-38.
5. BURGWAL Gerrit, CUÉLLAR Juan Carlos; Planificación Estratégica y Operativa Aplicada a Gobiernos Locales, Quito, Ediciones Abya Yala.
6. Conde Guzón, P.A. y otros. (2009). Perfiles neuropsicológicos asociados a los problemas del lenguaje oral infantil. Revista de Neurología. 2009; 48 (1), p. 32-38.
7. Coruña, A. y cols. (2007). Medicina Física y Rehabilitación: Competencias. Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia.
8. De la Rosa Moreno, L. (2008). La historia de vida de Ángel. Parálisis cerebral, normalidad y comunicación. Madrid: La Muralla
9. Dra. Buele Maldonado, Mariana. Guía Didáctica. Reestructurada: Dra. Buele Maldonado, Norita; *Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud: Trabajo de Grado II- Módulo IV*. UTPL
10. EUGENE Brigham, HOUSTON Joel; Fundamentos de Administración Financiera, Editorial Continental, México 2005.
11. León Carrión, José (2006). DAÑO CEREBRAL: UNA GUIA PARA FAMILIARES Y TERAPEUTAS. 2ª Ed. Ampliada. Delta Publicaciones; Madrid.
12. Lewis, A. (2005). Convivencia infantil y discapacidad. Edit. Trillas. México,
13. Machuca Murga, Fernando y cols. (2006). Eficacia de la rehabilitación neuropsicológica de inicio tardío en la recuperación funcional de pacientes con daño cerebral traumático, en Revista Española de Neuropsicología, vol. 8, No. 3-4, págs. 81-103.

14. Martín Betanzos, J. (2008).- La atención en centros ordinarios del alumno con parálisis cerebral. Un caso práctico (I). Revista Padres y maestros. Nº 319. págs. 23-28
15. Martín Betanzos, J. (2009).- La atención en centros ordinarios del alumno con parálisis cerebral. Un caso práctico (y III). Revista Padres y maestros. Nº 322. págs. 34-37.
16. Martos J, Llorente, M. (2005). Trastornos generalizados del desarrollo. In Millá MG, Mulas F, eds. Atención temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención. Valencia: Promolibro; Pp. 709-24.
17. Martos J. La intervención educativa desde las posiciones educativas neuropsicológicas en el autismo. In Mulas F, ed. Autismo infantil. Barcelona: Viguera; 2005. p. 273-83.
18. Mg. Ludeña Jaramillo, Janeth; Marketing Guía Didáctica para los Servicios de Salud- Módulo III. UTPL
19. Millá MG. (2005). Centros de desarrollo infantil y atención temprana. In Millá MG, Mulas F, eds. Atención temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención. Valencia: Promolibro; 2005. p. 311-28.
20. Ministerio de Salud Nicaragua (2006). Programa Nacional de Rehabilitación. ABC de la Discapacidad. Managua.
21. Montero, Federico. (2006). Rightto Health and Rehabilitation for Persons with Disabilities. (El Derecho a la Salud y a la Rehabilitación de las Personas con Discapacidades). DAR/WHO. Geneva. Pág. 341-428.
22. Mulas F, Hernández-Muela S, Etcheperaborda MC, Abad-Mas L. Bases clínicas neuropediátricas y patogénicas del trastorno del espectro autista. In Mulas F, ed. Autismo infantil. Barcelona: Viguera; 2005. p. 57-71.
23. Muñoz Díaz, j. C. y Antón Herrera M^a A. (2006): "Las discapacidades físicas. Integración en Educación Física", en Lecturas de Educación Física y Deporte. Revista digital, Buenos Aires, año 11, nº 98, julio.
24. Narbona J, Reynoso C, (2007). Pronóstico de los trastornos del neurodesarrollo a través de la clínica: movimientos generales. Rev. Neurol 2007; 44 (Supl 3): s39-s42.
25. Organización Mundial de la Salud. (OMS) (2003). Reunión Consultiva Internacional para la revisión del modelo de rehabilitación basada en la comunidad. Helsinki: OMS.

26. Organización Panamericana de la Salud. (2005). Documentos de Trabajo Programa Regional de Rehabilitación. Managua.
27. Peden M. et al. (2008). World report on child injury prevention. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, y Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
28. Pérez A. (2009). Psicoanálisis, pediatría, familia y derecho. Buenos Aires: Mundo Externo
29. Pérez AL, Hernández VA. (2008). Parálisis cerebral infantil: características clínicas y factores relacionados con su atención. AMC 2008; 12:1-9.
30. PÉREZ ROMERO, Alfonso; Marketing Social, Teoría y Práctica, 2004, primera edición, Impreso en México
31. Piedra, María del Carmen. Reestructurada: Guía Didáctica Dra. Buele Maldonado, Norita; Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud- Módulo IV. UTPL
32. Portal Deportivo (2008): Intervención educativa en Educación física con alumnos de necesidades educativas especiales, cl, nº 4, La Serena (Chile).
33. Ríos Hernández, M. (2005): Manual de Educación Física adaptada al alumno con discapacidad. Paidotribo, Barcelona.
34. Robaina-Castellanos GR, Riesgo-Rodríguez S, Robaina-Castellanos MS. (2007). Definición y clasificación de la parálisis cerebral: ¿un problema ya resuelto? Rev. Neurol 2007; 45:110-117.
35. Sánchez, Violeta. Reestructurada: Lucio R, Ruth; Guía Didáctica Supervivencia, Rentabilidad y Crecimiento- Módulo II. UTPL
36. Toledo González, Dr. (2009). Diccionario Enciclopédico para la Educación Especial. Madrid Diagonal/Santillana.
37. Vázquez Barrios Armando, y cols. (2008). El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud edición a cargo de Armando Vázquez Barrios y Nora Cáceres. - 1a Ed. Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud – OPS.
38. Vázquez M. (2006). Fisioterapia en neonatología. Tratamiento fisioterápico y orientaciones a los padres. Edit. DYKINSON.
39. Guía: Dra. Buele M, Norita (2008); *Situación de Salud y sus Tendencias*- Módulo III.
40. SACOTO F, TERÁN C, y VELASCO M. de L. (2007); *Situación de Salud en Ecuador, Evolución, Perspectivas e Intervención Local*, Quito, FESALUD.

41. Guía: Dra. Valladares, Irma (2008); *Formación para la Educación- Módulo IV.*
42. COLOM, Antoni (2002); *Teoría e Instituciones Contemporáneas de la Educación*, edición ampliada, editorial Ariel Educación, Barcelona.
43. Guía: Mg. Ramos María Cristina (2009); *Gerencia Integral en Salud- Módulo I.*
44. SCHERMERHORN, John (2005); *Administración*, México, Editorial Limusa Wiley.
45. BURGWAL Gerrit, CUÉLLAR Juan Carlos (1999); *Planificación Estratégica y Operativa Aplicada a Gobiernos Locales*, Quito, Ediciones Abya Yala.
46. DAVILA ZAMBRANO, Sandra (2009); *Siete Encadenamientos Estratégicos para hacer Ingeniería de Procesos*, Ecuador.

APÉNDICES

Apéndice N° 1

CERTIFICACIÓN INSTITUCIONAL



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA

Portoviejo, 26 de julio del 2012

Doctor
Juan Carlos Rodríguez
DIRECTOR MEDICO
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio del presente me dirijo a usted para solicitarle la autorización para la realización de mi tesis previa a la obtención del título de Magister en Gerencia en Salud para el desarrollo local, en la institución que Usted dirige, la cual beneficiaría a los niños/as que asisten al departamento de Medicina física y Rehabilitación, con el tema **PROGRAMA DE ATENCION TEMPRANA DIRIGIDO A LOS NIÑOS/AS CON DESORDENES NEUROLOGICOS ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FISICA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA. PORTOVIEJO.**

Por lo antes expuesto y esperado la respectiva aprobación y autorización le quedo agradecida.

Atentamente,

Germanía Miranda Hidalgo
MAESTRANTE DE LA UTPL



C.C. Archivo

*Recibido
26-07-2012
[Signature]*

Apéndice N^o 2

FICHA DE CONTROL Y AVANCE DEL PROYECTO DE ACCIÓN

Nombres y Apellidos: Lcda. Germania Miranda

Centro Universitario: Universidad Particular de Loja

Título del proyecto: "Programa de atención temprana dirigido a los niños/as con desórdenes neurológicos atendidos en el departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. 2012"

RESULTADOS ESPERADOS O COMPONENTES DEL PROYECTO	INDICADORES	CRONOGRAMA (% de avance)					OBSERVACIONES
		A	S	O	N	D	
RESULTADO 1							
1. Guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos diseñadas e implementadas	Hasta el 13 de Agosto del 2012 100% de las guías de atención temprana diseñadas	100%					Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma
	Hasta 31 de Octubre del 2012 100% de las guías de atención temprana implementadas		50%	100%			Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma
RESULTADO 2							
2. Equipo de Salud actualizado sobre las Guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos	Hasta el 13 de Agosto del 2011 el 100% del equipo de salud actualizado sobre Guías de atención temprana a niños/as con desórdenes neurológicos	100%					Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma
RESULTADO 3							
3. Padres y madres con conocimiento sobre el cuidado adecuado en la salud del niño/a con desórdenes neurológicos	Hasta el 28 de Septiembre del 2012 el 90% de padres y madres disponen con conocimiento sobre el cuidado adecuado en la salud del niño/a con desórdenes neurológicos		100%				Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma

Lic. Susana Donoso, Mg.Sc
DIRECTORA DE TESIS

Apéndice N^o 3
Oficios enviados, actas

Portoviejo, 14 de Agosto del 2012

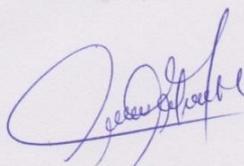
Dr.
Abel Giler Pingarte
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
Ciudad.-**

De mis consideraciones:

La presente tiene la finalidad de solicitar se revise y autorice las **GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑOS/AS CON TRASTORNO NEUROLÓGICOS**, desarrolladas para el cumplimiento de uno de los objetivos planteados en mi proyecto de tesis "Programa de Atención Temprana dirigido a los niño/as con desórdenes neurológicos atendidos en el departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. 2012" de la Universidad Técnica particular de Loja.

Agradeciendo de antemano su apoyo, le quedo agradecida.

Atentamente,



Germania Miranda Hidalgo
MAESTRANTE DE LA UTP



Dr. Abel Giler Pingarte
MEDICO FISIATRA
MATRICULA N^o 235
REG. SAN. N^o 84

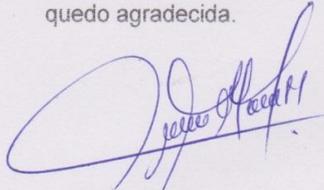
Portoviejo, 26 de Julio del 2012

Dr.
Abel Giler Pingarte
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
Ciudad.-**

De mis consideraciones:

El motivo de la presente es solicitarle autorización para la realización de mi tesis previa a la obtención del título de Magister en Gerencia en salud para el desarrollo local, en la institución que usted dirige, la cual beneficiará a los niños/as que asisten al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, con el tema: **PROGRAMA DE ATENCIÓN TEMPRANA DIRIGIDO A LOS NIÑOS/AS CON DESORDENES NEUROLÓGICOS ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA. PORTOVIEJO.**

Por lo antes expuesto y esperando la respectiva aprobación y autorización le quedo agradecida.



Germanía Miranda Hidalgo
MAESTRANTE DE LA UTPL



Dr. Abel Giler Pingarte
MÉDICO FISIATRA
MATRÍCULA N° 235
REG. SAN. Eº 84

Portoviejo, 21 de Agosto del 2012

Dr.
Abel Giler Pingarte
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
Ciudad.-**

De mis consideraciones:

La presente tiene la finalidad de solicitar se me autorice la ejecución de la capacitación al personal de salud en el tema **GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑOS/AS CON TRASTORNOS NEUROLÓGICOS**, que se desarrollara del 27 al 31 de Agosto del 2012, en las instalaciones de la institución.

Aprovecho también para hacerle la cordial invitación al evento, esperando su colaboración en uno de los temas a exponer.

Agradeciendo de antemano su apoyo, le quedo agradecida.

Atentamente,



Germania Miranda Hidalgo
MAESTRANTE DE LA UTPL



Dr. Abel Giler Pingarte
MÉDICO FISIATRA
MATRICULA N° 235
REG. SAN. N° 84

Portoviejo, 14 de Agosto del 2012

Dr.
Abel Giler Pingarte
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
Ciudad.-**

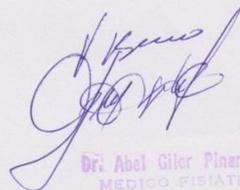
De mis consideraciones:

Como es de su conocimiento actualmente me encuentro ejecutando de mi proyecto de tesis para la obtención del título de Magister de Gerencia en Salud; por este motivo hago llegar a usted la **GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑOS/AS CON TRASTORNO NEUROLÓGICOS**, instrumento que sirva de orientación al equipo de salud, esperando su respectiva aprobación y autorización.

Atentamente,



Germanía Miranda Hidalgo
MAESTRANTE DE LA UTPL



Dr. Abel Giler Pingarte
MEDICO FISIATRA
MATRÍCULA N.º 235
REG. CIVIL N.º 84

Apéndice N^o 4

Fotorrelatoria

REUNION CON DIRECTIVOS PARA SOCIALIZAR LA CAPACITACION



REUNION CON DIRECTIVOS PARA SOCIALIZAR LA CAPACITACION



REUNION CON DIRECTIVOS PARA SOCIALIZAR LA CAPACITACION



FIRMA DEL DOCUMENTO DE APROBACION DE LAS GUIAS DE ATENCION POR EL MEDICO FISIATRA DR. ABEL GILER



FIRMA DEL DOCUMENTO DE APROBACION DE LAS GUIAS DE ATENCION



FIRMA DEL DOCUMENTO DE APROBACION DE LAS GUIAS DE ATENCION



**REUNIÓN DE EQUIPO MEDICO PARA APROBACIÓN
Y SOCIALIZACIÓN DE GUÍAS DE ATENCIÓN**



**REUNIÓN DE EQUIPO MEDICO PARA APROBACIÓN
Y SOCIALIZACIÓN DE GUÍAS DE ATENCIÓN**



DE INVITACION A EQUIPO DE SALUD PARA LA CAPACITACION



ENTREGA DE INVITACION A EQUIPO DE SALUD PARA LA CAPACITACION



ENTREGA DE INVITACION A EQUIPO DE SALUD PARA LA CAPACITACION



SOCIALIZACION DIRIGIDA A EQUIPO DE SALUD SOBRE GUIAS DE ATENCION A CARGO DE LA MAESTRANTE



SOCIALIZACION DIRIGIDA A EQUIPO DE SALUD SOBRE GUIAS DE ATENCION A CARGO DE LA MAESTRANTE



SOCIALIZACION DIRIGIDA A EQUIPO DE SALUD SOBRE GUIAS DE ATENCION A CARGO DE LA MAESTRANTE



CHARLA DE CAPACITACION A CARGO DEL JEFE MED. FIS. DR. ABEL GILER



CHARLA DE CAPACITACION A CARGO DEL JEFE MED. FIS. DR. ABEL GILER



CHARLA DE CAPACITACION A CARGO DEL JEFE MED. FIS. DR. ABEL GILER



CHARLA DE CAPACITACION A EQUIPO DE SALUD DE PACIENTES MEDIANO, CORTO Y LARGO PLAZO A CARGO DEL DR. EDISON CEDEÑO



CHARLA DE CAPACITACION A EQUIPO DE SALUD DE PACIENTES MEDIANO, CORTO Y LARGO PLAZO A CARGO DEL DR. EDISON CEDEÑO



CAPACITACION A CARGO DE LA MAESTRANTE DIRIGIDA A PADRES Y MADRES DE FAMILIA



CAPACITACION A CARGO DE LA MAESTRANTE



CAPACITACION A CARGO DE LA MAESTRANTE



CAPACITACION A CARGO DEL LCDO. ADRIANO REYES DIRIGIDA A PADRES Y MADRES DE FAMILIA



CAPACITACION A CARGO DEL LCDO. ADRIANO REYES



CAPACITACION A CARGO DEL LCDO. ADRIANO REYES



CAPACITACIÓN A CARGO DEL LCDO. PEDRO CEDEÑO DIRIGIDA A PADRES Y MADRES DE FAMILIA



CAPACITACIÓN A CARGO DEL LCDO. PEDRO CEDEÑO



CAPACITACIÓN A CARGO DEL LCDO. PEDRO CEDEÑO



CAPACITACIÓN A CARGO DEL LCDO. VICTOR LUCAS DIRIGIDA A PADRES Y MADRES DE FAMILIA



CAPACITACIÓN A CARGO DEL LCDO. VÍCTOR LUCAS



CAPACITACIÓN A CARGO DEL LCDO. VÍCTOR LUCAS



CAPACITACIÓN A CARGO DEL LCDO. VICENTE MOREIRA DIRIGIDA A PADRES Y MADRES DE FAMILIA



CAPACITACIÓN A CARGO DEL LCDO. VICENTE MOREIRA



GRUPO ENCARGADO DE LA CAPACITACION A LOS PADRES Y MADRES DE FAMILIA



CAPACITACIÓN A LAS MADRES Y PADRES DE FAMILIA



CAPACITACIÓN A LAS MADRES Y PADRES DE FAMILIA



CAPACITACIÓN A LAS MADRES Y PADRES DE FAMILIA



CAPACITACIÓN A LAS MADRES Y PADRES DE FAMILIA



CAPACITACIÓN A LAS MADRES Y PADRES DE FAMILIA



CAPACITACIÓN A LAS MADRES Y PADRES DE FAMILIA



CAPACITACIÓN A LAS MADRES Y PADRES DE FAMILIA



CAPACITACIÓN A LAS MADRES Y PADRES DE FAMILIA



CAPACITACIÓN A LAS MADRES Y PADRES DE FAMILIA



ENTREGA DE GUIAS DE ATENCION A MADRES DE FAMILIA



ENTREGA DE GUIAS DE ATENCION A MADRES DE FAMILIA



ENTREGA DE GUIAS DE ATENCION A MADRES DE FAMILIA



MADRE REALIZANDO TRATAMIENTO A SU HIJO CON TRASTORNOS NEUROLÓGICOS



MADRE REALIZANDO TRATAMIENTO A SU HIJO CON TRASTORNOS NEUROLÓGICOS



MADRE REALIZANDO TRATAMIENTO A SU HIJO CON TRASTORNOS NEUROLÓGICOS



AREA DE ESTIMULACION TEMPRANA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA



AREA DE ESTIMULACION TEMPRANA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA



AREA DE ESTIMULACION TEMPRANA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA



REMISION DE PACIENTES DE NEONATOLOGIA AL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION



MEDICO RURAL Y MADRE DE NEONATO EN REMISION DEL AREA DE NEONATOLOGIA DESPUÉS DE LA VALORACIÓN AUDIOLÓGICA



MAESTRANTE EJECUTANDO TRATAMIENTO CON TECNICA DE VOJTA



MAESTRANTE EJECUTANDO TRATAMIENTO CON TECNICA DE VOJTA



MAESTRANTE EJECUTANDO TRATAMIENTO CON TECNICA DE VOJTA



MAESTRANTE EJECUTANDO TRATAMIENTO CON TECNICA DE RELAJACION



MAESTRANTE EJECUTANDO TRATAMIENTO CON TECNICA DE RELAJACION



MAESTRANTE EJECUTANDO TRATAMIENTO CON TECNICA DE RELAJACION



MAESTRANTE REALIZANDO VALORACION NEUROLOGICA A NEONATO



MAESTRANTE REALIZANDO VALORACION NEUROLOGICA A NEONATO



MAESTRANTE REALIZANDO VALORACION NEUROLOGICA A NEONATO



MAESTRANTE REALIZANDO VALORACION NEUROLOGICA A TRAVES DE TECNICA VOJTA



MAESTRANTE REALIZANDO VALORACION NEUROLOGICA A TRAVES DE TECNICA VOJTA



MAESTRANTE REALIZANDO VALORACION NEUROLOGICA A TRAVES DE TECNICA VOJTA



LCDA. PATRICIA CARGUIATONGO REALIZANDO VALORACION AUDITIVA A NEONATO



LCDA. PATRICIA CARGUIATONGO REALIZANDO VALORACION AUDITIVA A NEONATO



LCDA. PATRICIA CARGUIATONGO REALIZANDO VALORACION AUDITIVA A NEONATO



CHARLA A PEDIATRAS DEL AREA DE NEONATOLOGIA PARA REMISION AL DEPARTAMENTO M.F.R



CHARLA A PEDIATRAS DEL AREA DE NEONATOLOGIA PARA REMISION AL DEPARTAMENTO M.F.R



CHARLA A PEDIATRAS DEL AREA DE NEONATOLOGIA PARA REMISION AL DEPARTAMENTO M.F.R



EQUIPO DE SALUD CAPACITADO PARA LA REALIZACION DE TRATAMIENTO A NIÑOS CON DESORDENES NEUROLOGICOS



EQUIPO DE SALUD CAPACITADO PARA LA REALIZACION DE TRATAMIENTO A NIÑOS CON DESORDENES NEUROLOGICOS



EQUIPO DE SALUD CAPACITADO PARA LA REALIZACION DE TRATAMIENTO A NIÑOS CON DESORDENES NEUROLOGICOS



Apéndice N^o 5
Encuestas
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

DIRIGIDA AL EQUIPO DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA

¿Qué le pareció los contenidos de los temas de capacitación?

- Muy adecuado
- Adecuado
- Inadecuado

La duración de la capacitación le pareció:

- Excesivo
- Suficiente
- Insuficiente

Las guías de atención temprana dirigida a los niños y niñas con desórdenes neurológicos fueron:

- Excelentes
- Buenas
- Malas

La metodología que aplicaron los conferencistas fueron:

- Excelentes
- Buenas
- Pésimas

Test de conocimiento

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Hospital Verdi Cevallos Balda

TEMA: CAPACITACION A LAS FAMILIAS SOBRE EL MANEJO ADECUADO NIÑOS CON TRASTORNOS NEUROLOGICOS

FECHA:

A CONTINUACIÓN USTED ENCONTRARÁ UNAS PREGUNTAS QUE NOS PERMITIRAN EVALUAR EL CONOCIMIENTO QUE TIENE USTED SOBRE LOS ASPECTOS REHABILITATORIO DE SU HIJO/ JA; POR FAVOR ELIJA UNA SOLA RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA, MARCANDO CON UNA X LA RESPUESTA QUE CONSIDERA CORRECTA.

9. Los cambios posturales son: de sentado a arrodillado, de arrodillado a parado, de puntilla, de talón, volteo, de acostado a sentado.

SI NO

5. Para que su hijo o hija pueda caminar, ponerse de pie, trasladarse sin ayuda, es importante estimular la postura y no el equilibrio.

SI NO

6. Para la estimulación sensorial usted le debe realiza masajes de estimulación y evitar la estimulación contexturas.

SI NO

7. Usted debe movilizar al niño para que empiece a caminar.

SI NO

8. Para mantener el tono muscular y evitar la rigidez articular y deformaciones usted debe mover a su hijo todos los días

SI NO

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN.**

2. La primera cita fue programada de manera eficiente y puntual:

De acuerdo

En desacuerdo

Por favor explique:

10. El personal de administrativo y medico del Departamento de Rehabilitación fue amable y sensible a mi situación:

De acuerdo

En desacuerdo

Por favor explique:

11. El equipo de salud accesible y me ayudó a entender los objetivos de mi programa:

De acuerdo

En desacuerdo

Por favor explique:

12. El personal de Fisioterapia/de Terapia Ocupacional me ayudó a entender el tratamiento aplicado a mi familiar (hijo/a) y cómo es aplicable a mi condición:

De acuerdo

En desacuerdo

Por favor explique:

13. El equipo de Fisioterapia, de Terapia Ocupacional y de terapia de lenguaje al trabajó conmigo en cada tratamiento:

De acuerdo

En desacuerdo

Por favor explique:

14. El programa de Rehabilitación me ayudó a entender el tratamiento adecuado del niño/a en casa: las posturas y las técnicas.

De acuerdo

En desacuerdo

Por favor explique:

15. El Terapeuta físico, Terapeuta Ocupacional y de lenguaje, fue accesible, me proporcionó instrucción, me explicó el programa y respondió a mis preguntas:

De acuerdo

En desacuerdo

Por favor explique:

16. La cita con el Médico fue beneficiosa para mi estado de salud de mi familiar (hijo/a) y me dio seguridad para poder participar en el programa de rehabilitación:

De acuerdo

En desacuerdo

Por favor explique:



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

Capacitación al equipo de Salud:
 Remisión de Pacientes

NOMBRES Y APELLIDOS	CED. IDENT.	FIRMA
Yoneth Lombardo	130991781-2	
Vanesa Bravo	130754946-7	 <small>Dra. Vanesa Bravo MEDICO GENERAL Lic. 18 Folio 126 A 473 RGM 1852</small>
Cynthia Alarcón	130506635-7	 <small>Dra. Cynthia Alarcón Rivera MEDICINA GENERAL Y CIRUGIA Lic. # 332058</small>
Leiviera Salvadora	130856481-2	
Alicación Salazar Francisco	130716110-7	
Natalia Jaime Pinca	131267711-3	
Osiris Velaz Figueras	131288222-6	
Chris Velaz Santos	131235848-3	
Sara Cedeño Ponce	131125048-2	
Iludast Paredes	130424657-0	
Martha Quiroz Figueroa	131096664-1	
Vider Bailón Píñafel	131012965-3	
Francisco Cedeño Reyes	131207576-3	
Johana Antino Urua	131314214-1	
Natalia Jaime	131267711-3	
María Vera	13085491-2	
Roberto Martínez	130775381-4	
Luis Javier Velaz Cedeño	131201837-5	

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja



MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA
EL DESARROLLO LOCAL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL
VERDI CEVALLOS BALDA

Capacitación a los padres y madres de familia

FECHA: 25 DE SEPTIEMBRE/12

TEMA: CUIDADO EN LA SALUD DEL NIÑO/A CON DESORDENES NEUROLÓGICOS

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
	Gloria ALEXANDRA Iz Iz	
	Ana Garcia Mendoza	Ana Garcia
	Diana Patricia Mora	
	Zambrano Parrales Maricela	
	Mario Lopez Guala	
	David Raquel Velez	
	Annabelle Macias Mendoza	
	Gabriela Inyru Reyes	
	Lady Saltos Bravo	Lady Saltos
	Betsy Intraco Maricela	
	Diana Briones Moreira	
	Paola Pinto Montes	
	Johanna Vile M	
	Lina Rivas Rodriguez	Lina Rivas R.
	DIANA MARIBEL Ubillús PALMA	
	Gladys Teresa Gomez	
	Sosmen Zambrano	
	Fernanda Cedeño	

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja



MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA
EL DESARROLLO LOCAL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL
VERDI CEVALLOS BALDA

Capacitación a los padres y madres de familia

FECHA: 24 DE SEPTIEMBRE /12

TEMA: CUIDADO EN LA SALUD DEL NIÑO/A CON DESORDENES
NEUROLÓGICOS

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
	Guido Alex, Cedeno Rodriguez	
	Marcos Marcos Viana Annabelle	
	JOHANNA MARICIA PALMA VELEZ	
	Melany M. Monserrate Posligua Vera	
	Cintya Elizabeth Noroña Bermeo	
	Jennifer Estefania Meza Arteaga	
	Andrea Gabriela Navarrete Mendoza	
	MERCEDES ASUNCIÓN ZAMBRANO MARIN	
	Rosa de las Mercedes Quiroz Moreira	
	Darwin Raluisca Vega Mero	
	Diego W Lucas Hernandez	
	Roberto Parca	
	CHRISTIAN PRONCI	
	Margarita Garcia Vera	
	Antonio Anton Cevallos	
	Alfonso Suarez	
	Salleza, Susana Vera	
	Diego W Lucas Hernandez	

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja



MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA
EL DESARROLLO LOCAL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL
VERDI CEVALLOS BALDA

Capacitación a los padres y madres de familia

FECHA: 27 DE SEPTIEMBRE/12

TEMA: CUIDADO EN LA SALUD DEL NIÑO/A CON
DESORDENES NEUROLÓGICOS

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
	Chóez Zambrano Andrea Juliana	Chóez Andrea
	Sánchez Sánchez Naomi Auxiliadora	Naomi Sánchez
	Gloria Alexandra Jaz Jaz	Gloria Alexandra
	Sandry Garcia Estela Lucia	Lucia Garcia
	cedeno Brandon	Brandon Cedeno
	Nancy Estrella Cedeno Yélez	Nancy Cedeno
	Naemi Bantalina Vélz Párraga	Naemi Vélz
	Rosaleon Guzmán Espinoza	Rosaleon Guzmán
	Mariela Guadalupe Zambrano Párrales	Mariela Zambrano Párrales
	Carreno Baque Fanny Stephanie	Fanny Carreno
	Delgado Tráez Ana María	Ana María Delgado
	Sandra Fariaguti Alejandra	Sandra Fariaguti
	Valeria Lissette Amador Rodríguez	Valeria AR
	Stephanie Virginia Zambrano Argandoña	Stephanie Zambrano
	Mariela del Rocío Cedeno Vatrigo	Mariela Cedeno
	Nelly Yadira Ruiz Cuervo	Yadira Ruiz C.
	Gecondra Bohorquez A.	Gecondra Bohorquez A.
	Silvia Molina Rosado	Silvia Molina

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja



MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA
EL DESARROLLO LOCAL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL
VERDI CEVALLOS BALDA

Capacitación a los padres y madres de familia

FECHA: 26 DE SEPTIEMBRE/12

TEMA: CUIDADO EN LA SALUD DEL NIÑO/A CON
DESÓRDENES NEUROLÓGICOS

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
	Delia Beatriz Parante Bravo.	<i>[Handwritten signature]</i>
	Cecilia Homcerrate Rodriguez Macias	<i>[Handwritten signature]</i>
	Ana Yodira Zambrano Moreira	<i>[Handwritten signature]</i>
	Ana Karen Zambrano Moreira	<i>[Handwritten signature]</i>
	Maritza Norvinda Lopez Zambrano	<i>[Handwritten signature]</i>
	Geris Pothos Agudarmud	<i>[Handwritten signature]</i>
	Hirion Haroxi Pita Quimis	<i>[Handwritten signature]</i>
	Zaira Karina Roldan Barreiro	<i>[Handwritten signature]</i>
	GLORIA ALEXANDRA LAZ LAZ	<i>[Handwritten signature]</i>
	Dora Maciel Carrero Guenena	<i>[Handwritten signature]</i>
	Letty Lisbeth Bravo Ponce	<i>[Handwritten signature]</i>
	Silvia Fernandez M.	<i>[Handwritten signature]</i>
	ANDREA STEFANY VELÉZ	ANDREA VELÉZ
	ESTHER JUÁREZ M	ESTHER JUÁREZ
	BRENDA MARIA CEDENO SARANDO	<i>[Handwritten signature]</i>
	Ynés Monserate Montes Rodriguez	<i>[Handwritten signature]</i>
	JUAN CARLOS MOREIRA ESPINOSA	<i>[Handwritten signature]</i>
	Edith Lujan Otazu	<i>[Handwritten signature]</i>

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja



MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA
EL DESARROLLO LOCAL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL
VERDI CEVALLOS BALDA

Capacitación a los padres y madres de familia

FECHA: 26 DE SEPTIEMBRE/12

TEMA: CUIDADO EN LA SALUD DEL NIÑO/A CON
DESÓRDENES NEUROLÓGICOS

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
	Delia Beatriz Parante Bravo.	<i>Delia Parante B.</i>
	Cecilia Homocerrate Rodriguez Macias	<i>Cecilia Rodriguez</i>
	Ana Yodisa Zambrano Moreira	<i>Ana Zambrano</i>
	Ana Karen Zambrano Moreira	<i>Ana Zambrano</i>
	Maritza Nereida Lopez Zambrano	<i>Maritza Lopez</i>
	Geris Porlucio equedarmud	<i>Geris Porlucio</i>
	Miriam Mariuxi Piza Quimis	<i>Miriam M. Piza</i>
	Zaira Karina Baldan Barreiro	<i>Zaira Baldan</i>
	GLORIA HERANORA LAZ LAZ	<i>Gloria Heranora</i>
	Dona Marcela Carrero GUERRERO	<i>Marcela Carrero</i>
	Letty Lisbeth Bravo Ponce	<i>Letty Bravo</i>
	Silvia Fernandez M.	<i>Silvia</i>
	ANDREA STEFANY VELÉZ	ANDREA VELÉZ
	ESTHER JUÁREZ M	ESTHER JUÁREZ
	BRENDA MARIA CEDENO SABANDO	<i>Brenda Cedeno</i>
	Inés Conserate Montes Rodriguez	<i>Inés Montes</i>
	JUAN CARLOS MOREIRA ESPINOZA	<i>Juan Carlos</i>
	Edith Lizaso Otazu	<i>Edith Lizaso</i>

Apéndice N^o 7

ANALISIS DE CASO CLINICO

FECHA DE EXPOSICION: 10 DE MARZO DEL 2012

TEMA: "SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO"

RESPONSABLE: TLGA. SARA CEDEÑO PIONCE

NOMBRE: MARJORIE MOREIRA CASTILLO

FECHA DE NACIMIENTO: 20 DE FEBRERO DEL 2012

H. CLINICA: 421771

EDAD: 18 DIAS

El Síndrome de distrés respiratorio (SDR), anteriormente llamada enfermedad de la membrana hialina o síndrome de dificultad respiratoria neonatal, es el trastorno mas frecuente entre los recién nacidos prematuros, cuyos pulmones no están completamente maduros, de tal forma que cuanto más baja es la edad gestacional más probabilidades tienen de padecer la patología.

El comienzo de la atención prenatal con esteroides para la aceleración de la madurez pulmonar y el desarrollo de surfactante exógeno puede que sea la razón de la notable mejora en los resultados de los pacientes afectados con SDR.

Las causas más frecuentes de distrés respiratorio incluyen:

- Enfermedad de la membrana hialina: insuficiencia en la producción del surfactante y falta de desarrollo pulmonar.
- Taquipnea transitoria del recién nacido o pulmón húmedo: la persistencia de líquido en los alvéolos pulmonares después del nacimiento.
- Síndrome de aspiración de meconio: la broncoaspiración neonatal de las primeras heces del bebé o líquido meconial.

Otras causas incluyen las complicaciones de una neumonía y de un neumotórax.

Cuadro Clínico

El SDR puede manifestarse en recién nacidos justo después del parto o después de transcurridas varias horas. Se caracteriza por dificultad respiratoria más o menos marcada, respiración rápida, retracciones de las costillas y del centro del tórax con cada respiración, gruñido o quejido con cada respiración y aleteo o ensanchamiento de la nariz al respirar. Luego, por razón del distrés respiratorio aparece cianosis, apnea y letargo y, en el peor de los casos, especialmente frecuente en neonatos menores de 1 kg, se instala una neumonía que imposibilita aún más el respirar. Las cifras de una gasometría arterial muestran una acidosis con hipoxia, lo cual conduce a una vasconstricción pulmonar con aumento de la resistencia pulmonar que promueve la deposición de fibrina, rigidez pulmonar y membranas hialinas

20 de febrero del 2012, se recibe producto único vivo de sexo femenino obtenido por cesárea, con apgar de 8-9, liquido claro más oligoamnio severo; posteriormente presenta quejido por lo que se le coloca O2 a 2 Lt x' por bigotera y se canaliza vía periférica.

21 de febrero del 2012, continúa más acentuado el quejido y la dificultad respiratoria, por lo que el neonato comienza a aumentar la FR y presenta cianosis, por lo que es referido a esta Casa de Salud

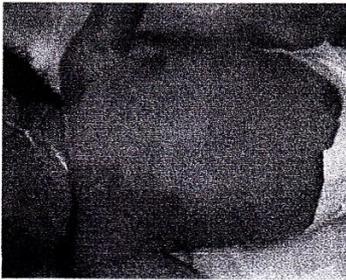
Paciente es transferido de Clínica Particular el día 21 de febrero del 2012, por motivo de SDR, Quejido, Retracción Intercostal, Cianosis y Taquipnea.

Se recibe a Recién Nacido a Terminio (RNT), Adecuado a la Edad Gestacional (AEG), con un peso de 3300 Gr. Con SDR grave, con sospecha de Sepsis e Hipertensión Pulmonar, debido a su gravedad es ingresado a la Unidad de Neonatología, donde es colocado en ARM y se realiza Cateterismo Umbilical. Posteriormente se toma muestra para Cultivos en Sangre y Orina los que resultan positivos, por lo que se empieza esquema de ATB.

Permanece 7 días en ARM, 4 días en Cpap Nasal y 3 días con bigotera, cuadro clínico mejora notablemente, se completa días de ATB y es dado de alta.



Tórax Escavado



Dr. Adel Gil
Dra. Ginger Paredes
Dra. Rocela Serrano
Dra. Genoveva Huacho
Dr. Robin Castro
Dra. Patricia Cordero
Dra. Karla Zambrano
Dra. Vanessa Polanco
Dra. Carla Rodríguez
San Corvita Barce
Dra. Karen Zambrano O.
Dr. Robin Cordero
Dra. Sara Cordero

[Handwritten signatures and initials corresponding to the names listed above]



HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"
PORTOVIEJO

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	N° HOJA	N° HISTORIA CLÍNICA
H.P. V.C.B.	Maximo	Morena Castillo	F.		421771

1 MOTIVO DE CONSULTA		ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE	
A	SBR. Grave.	C	Retracción intercostal.
B	Quejido.	D	Cianosis - Taquipnea.

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DESCRIBIR ABAJO, CON EL NÚMERO RESPECTIVO	FUM= FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN FUP= FECHA ULTIMO PARTO FUC= FECHA ULTIMA CILOGOGIA
1. VACUNAS	5. ENF. ALÉRGICA	9. ENF. NEUROLÓGICA	13. ENF. TRAUMATOL.
2. ENF. PERINATAL	6. ENF. CARDIACA	10. ENF. METABÓLICA	14. ENF. QUIRÚRGICA
3. ENF. INFANCIA	7. ENF. RESPIRATORIA	11. ENF. HEMO LINF.	15. ENF. MENTAL
4. ENF. ADOLESCENTE	8. ENF. DIGESTIVA	12. ENF. URINARIA	16. ENF. T. SEXUAL
17. TENDENCIA SEXUAL	18. RIESGO SOCIAL	19. RIESGO LABORAL	20. RIESGO FAMILIAR
21. ACTIVIDAD FÍSICA	22. DIETA Y HÁBITOS	23. RELIGIÓN Y CULTURA	24. OTRO
MENARQUIA -EDAD-	MENOPAUSIA -EDAD-	CICLOS	VIDA SEXUAL ACTIVA
GESTA	ABORTOS	CESÁREAS	HIJOS VIVOS
FUM	FOP	FUC	BIOPSIA
MÉTODO DE P. FAMILIAR	TERAPIA HORMONAL	COLPOS COPIA	MAMO GRAFÍA

1. n/a, 2 n/a, 3 n/a, 4 n/a, 5 n/a, 6 n/a, 7 SBR: Quejido
Cianosis - Retracción intercostal - Taquipnea, 8 n/a, 9 n/a, 10 n/a,
11 n/a, 12 n/a, 13 n/a, 14 n/a, 15 n/a, 16 n/a, 17 n/a,
18 n/a, 19 n/a, 20 n/a, 21 n/a, 22 n/a, 23 n/a, 24 n/a.

3 ANTECEDENTES FAMILIARES										DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPER TENSION	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO	
1 n/a, 2 n/a, 3 n/a, 4 n/a, 5 n/a, 6 n/a, 7 n/a, 7 n/a, 8 n/a, 9 n/a, 10 n/a.										

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL	CRONOLOGIA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, FACTORES QUE AGRAVAN O MEJORAN, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, MEDICAMENTOS QUE RECIBE, RESULTADOS DE EXÁMENES ANTERIORES, CONDICIÓN ACTUAL
<p>Junio 20 / Feb / 2012. Clínica Particular. Producto único vivo femenino obtenido por Cesarea, con apgar 8-9 líquido claro + oligoamnio severo Posteriormente presenta quejido por lo que se le coloca O2 a 2lt x1 por bioteria y se le canaliza vía periférica Martes. 21 / Feb / 2012. El día de hoy continuo más acentuado el quejido + la dificultad respiratoria por lo que el neonato comienza a aumentar la FR y presenta Cianosis por lo que es referido a esta Casa de Salud.</p>	

5 REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS										CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA	SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR			
1. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	CP	SP	3. CARDIO VASCULAR	CP	SP	5. GENITAL	CP	SP	7. MÚSCULO ESQUELÉTICO	CP	SP	9. HEMO LINFÁTICO	CP	SP
		X			X			X			X			X
2. RESPIRATORIO	X		4. DIGESTIVO	X		6. URINARIO	X		8. ENDOCRINO	X		10. NERVIOSO	X	
2. Tórax Escavado.														

ESTUDIO DE CASO HIPOTIROIDISMO



DATOS PERSONALES

Nº DE HISTORIA CLÍNICA: 408427

NOMBRES: ERICK JOEL GARCÍA VERA

FECHA DE NACIMIENTO: 23 DE JUNIO DE 1998

EDAD: 13 AÑOS

DIRECCIÓN: CDLA. LOS ANGELES (COCA COLA)

MOTIVO DE CONSULTA

- PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL
- HIPOTIROIDISMO
- RETARDO NEUROMOTOR

ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

PACIENTE DE SEXO MASCULINO, DE 13 AÑOS DE EDAD, CON DAÑOS NEUROLÓGICOS POR HIPOXIA PERINATAL CON ANTECEDENTES DE CRISIS CONVULSIVA, DISFUNCIÓN TIROIDEA – HIPOTIROIDISMO (TIROIDITIS DE HASHIMOTO), CON 7 AÑOS DE EVOLUCIÓN.

MADRE REFIERE QUE FUE UN PARTO EXPULSIVO, EN DOMICILIO, LO QUE RECUERDA QUE EL LLANTO DE SU HIJO FUE INMEDIATO, LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA LA RECIBIÓ EL SEGUNDO DÍA DE VIDA, VISTO EN EL SUBCENTRO DE PUEBLO NUEVO. A LOS 5 MESES DE EDAD, TÓDAVÍA NO INTENTABA AGARRAR NINGÚN OBJETO, POR LO CUAL ACUDIÓ AL INFA Y FUE EVALUADO POR EL NEURÓLOGO Y A TRAVÉS DE UN ELECTROENCEFALOGRAMA, Y UNA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA CONFIRMA EL DIAGNOSTICO DE PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL, Y RECIBE TRATAMIENTO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN DICHA INSTITUCIÓN Y SE LE HACE UN SEGUIMIENTO TANTO NEUROLÓGICO COMO FISIÁTRICO.

REALIZA CONTROL MEDICO ENDOCRINOLÓGICO, DONDE SE LE PIDEN LAS PRUEBAS DE CONTROL, POR SU DISFUNCIÓN TIROIDEAS CON PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO.

ES DERIVADO A TRAVÉS DE UNA SOLICITUD DE INTERCONSULTA POR LA ENDOCRINOLOGA AL MEDICO FISIATRA DR. ABEL GILER PINARGOTE Y ES EVALUADO EL 13 DE DICIEMBRE DE 2011,

DIAGNOSTICO PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL: - HIPOTIROIDISMO

TRATAMIENTO TERAPÉUTICO

FECHA: 13-12-11

1. EJERCICIO DE FORTALECIMIENTO DE 4 MIEMBROS
2. EQUILIBRIO PARADO Y SENTADO
3. ESTIMULACIÓN DE LA MARCHA
4. EJERCICIO DE COORDINACIÓN
5. BIMANUALES

FECHA: 04-01-12
TERAPIA OCUPACIONAL
IGUAL PROGRAMA (1,2,3,4,5)

FECHA: 31-01-12
IGUAL PROGRAMA (1,2,3,4,5)
TAC

FECHA: 07-02-12
IGUAL PROGRAMA (1,2,3,4,5)

FECHA: 03-05-12
IGUAL PROGRAMA (1,2,3,4,5)

MEDICAMENTOS:

- EUTIROX 50 MCG (LUNES - SÁBADO)
EUTIROX 75 (DOMINGO)
- ACIDO VALPROICO (GOTAS)
32 GOTAS (DESAYUNO)
32 GOTAS (MERIENDA)


Thid. Marcela Sornoza Barreiro
Reg. MSP. Libro: X Folia. 652 No 1988
Reg. SENESCYT 1016-02-202513
Mat. 499



Teg. Med: *Marcela Sornoza Barreiro*
T.O

HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"
PORTOVIEJO

NOMBRE	FECHA	APELLIDO	SEXO	N. EDAD	N. HISTORIA CLINICA
HVEC		GARCIA VEGA	M	13	408427

PCII (hipoxia Perinatal)	Retardo Neuromotor.
Hipotiroidismo (Disfunción tiroidea)	

EDUCACION PERSONALES		EDUCACION ALTA ESCUELA		EDUCACION MEDIA ESCUELA		EDUCACION BAJA ESCUELA		EDUCACION PRIMARIA		EDUCACION PREPRIMARIA	
GRADO	INSTITUCION	GRADO	INSTITUCION	GRADO	INSTITUCION	GRADO	INSTITUCION	GRADO	INSTITUCION	GRADO	INSTITUCION
1°	Todas	2°	PCII	3°	hipotiroidismo (Tiroiditis de Hashimoto)	4°	5°	6°	7°	8°	9°
10°	Disfunción tiroidea	11°	12°	13°	14°	15°	Retardo mental	16°	17°	18°	19°
20°		21°	si	22°	Constante	23°	catolica	24°			

ENFERMEDADES FAMILIARES		DESCRIPCION ADICIONAL DEL CASO	
Abuela materna	X	Abuela paterna	X
Abuela materna		Abuela materna	X

Abuela materna: (9) Abuela paterna (8) Abuela materna (cancer gástrico) (10)
Dislipidemia (mal metabolismo grasa corporal) / Primos materno con PCII

ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

Paciente masculino de 13 años de edad con daños Neurológico por hipoxia perinatal con antecedente de crisis convulsiva, disfunción tiroidea (Tiroiditis Hashimoto) hipotiroidismo con 7 años de evolución. Madre refiere que fue su parto expulsivo en domicilio, lo que hace que el llanto de su hijo fue inmediato, la atención pediátrica la recibió el 2º día de vida en el Subcentro de Pueblo Nuevo. A los 5 meses de edad todavía no intentaba regarse ningún objeto, por lo cual acudió al INFA y fue evaluado por el neurólogo y a través de un electroencefalograma y una TAC confirmaron el DX: Parálisis Cerebral Infantil y recibe tratamiento de Estimulación Temprana en dicha institución y se le hace un seguimiento tanto Neurológico como fisiático.

Realizó control médico Endocrinológico donde se le piden pruebas de laboratorio clínico (T4/T3/TSH). Es derivado a través de una Solicitud de interconsulta al médico Fisiatra HVEC y es evaluado el 13/12/11 con DX = PCII / hipotiroidismo / RNH.

Apéndice N° 8

APROBACIÓN DE GUÍA Y MANUAL

GUÍA DE ATENCIÓN TEMPRANA
A NIÑOS/AS CON
DESÓRDENES NEUROLÓGICOS



***UNIVERSIDAD TÉCNICA
PARTICULAR DE LOJA***

HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA

Autora: Germania Miranda Hidalgo

2012

TRANSTORNOS NEUROLOGICOS

Paciente neurológico: Aquel que ha sufrido un daño en el S.N.C y como consecuencia tiene una alteración del movimiento normal.

Patologías

- Ataxia/ síndrome cerebeloso
- T.C.E
- Tumores cerebrales
- Lesiones medulares.....
- Guillain-Barré
- Distrofias musculares.
- Insuficiencia Motora de Origen Cerebral (PCI)

Síntomas:

- Hemiparesia/ hemiplejia
- Paraplejia
- Tetraplejia
- Alteraciones del equilibrio
- Alteraciones del tono
- Descoordinación de los movimientos.

Técnicas de tratamiento

- BoBath
- Kabat
- Perfetti/ ejercicio terapéutico cognoscitivo
- Feldenkrais
- Control motor (motor learning)...

• *Vogta*

CONCEPTO BOBATH

Se desarrolló en los años 40. Sus creadores fueron Berta y Karel Bobath.

Trabajaron con niños con PCI, y con adultos especialmente con hemiplejia.

Actualmente aplicamos este concepto a niños y adultos con trastornos sensoriomotrices de origen cerebro espinal:

- TCE

V2 G... [Handwritten signature]

Dr. Abel Giler Finergols
MEDICO FISIATRA
MATRICULA N.º 235
REG. SAN. B.º 84

***MANUAL DE APOYO A LOS PADRES Y
MADRES DE
NIÑOS/AS CON
DESÓRDENES NEUROLÓGICOS***

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA



HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA

Autora: Germania Miranda Hidalgo

2012



Ventana de reflexión

En mis sueños

Cada quien allá en mis sueños, es igual pero diferente a la vez, cada cual a su manera anda y nadie lo detiene. Por eso cuando despierto, te pido que abras mi camino y me aceptes como soy, en razón de justicia e igualdad y no de caridad.

En mis sueños, aunque no me muevo, vuelo por el cielo; aunque no escribo, creo historias de ensueño. Por eso cuando despierto te pido que me liberes de los límites del deber de tu cuidado, y que me ayudes a transformar en un ser útil porque yo también quiero sentirme realizado.

Cada quien allá en mis sueños se expresa como quiere, algunos solo piensan para que los otros entiendan, otros con sus gestos enamoran, algunos con una sola palabra cuentan su historia. Por eso cuando despierto te pido que abras tus oídos al grito de mis ojos, al susurro de mis labios y al llamado de mi rostro.

En mis sueños, nunca tengo miedo, soy el héroe de mi vida, mis armas son la sonrisa y la mirada, con ellas doblego a cualquiera. Por eso cuando despierto, te pido que creas en lo que hago y que me ayudes a no ser carga para nadie, y que en cambio de tener una triste sonrisa de miedo, me regales en tu sonrisa la luz de tu confianza.

Abel Oller
Dr. Abel Oller Pinargote
MEDICO PSIATRA
MATRICULA N.º 235
REG. SAN. N.º 84

Apéndice N° 8

GUIAS

**MANUAL DE APOYO A LOS PADRES Y
MADRES DE
NIÑOS/AS CON
DESÓRDENES NEUROLÓGICOS**

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA



HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA

Autora: Germania Miranda Hidalgo

2012

ACERCA DE ESTA GUÍA

Esta Guía ayudará a los familiares de niños con Trastornos Neurológicos a identificar a un niño con Parálisis Cerebral, planificar actividades encaminadas a que las funciones del niño sean mejores y a saber cuando deben de solicitar ayuda a un especialista.

Se aconsejan ciertas actividades para ayudar al niño a crecer y a tener un desarrollo de la mejor manera posible, como practicar actividades de la vida diaria, por ejemplo cuando se lava o se juega con el niño, y que de esta forma logre aprender a ser lo más independiente posible.

En esta Guía se ha procurado emplear un léxico y terminología adecuada para los padres y madres. Posiblemente sea necesario hacer alguna adaptación para una determinada comunidad.

INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ES LA PARÁLISIS CEREBRAL?

La Parálisis Cerebral es una condición o incapacidad del niño debido a un desorden del control muscular, que produce dificultad para moverse y colocar el cuerpo en una determinada posición. Esto es debido a que antes o después del nacimiento una pequeña parte del cerebro del niño se daña, afectando a aquella parte que controla el movimiento. Los músculos reciben una mala información procedente de la zona del cerebro que se encuentra afectada y se provoca una contracción excesiva o por el contrario muy poca o nada. Sin embargo, los músculos no están paralizados.

Algunas veces el daño cerebral afecta a otras partes del cerebro provocando dificultad a la hora de ver, oír, comunicarse y aprender. La Parálisis Cerebral afecta al niño de por vida. El daño cerebral no empeora pero a medida que el niño va creciendo, las secuelas se van haciendo más notables desarrollándose deformidades.

Todos los niños con Parálisis Cerebral se pueden beneficiar con un aprendizaje y un tratamiento precoz para ayudarles a su desarrollo; aunque esto no significa que el niño se cure, las secuelas pueden disminuir dependiendo, por una parte, de lo precozmente que se empieza a tratar al niño y, por otra, de la afectación cerebral

que tenga. Cuanto antes se empiece con el tratamiento, mayor beneficio obtendrá el niño.

TIPOS DE PARÁLISIS CEREBRAL

A.-ESPÁSTICA: Espástica significa músculo contraído o duro. El músculo en estas condiciones hace que el movimiento sea lento y torpe. La mala información que reciben los músculos, procedente de la parte dañada del cerebro, provoca posiciones anormales en el niño, de las cuales le es muy difícil salir; esto provoca una disminución en la variedad del movimiento, y las deformidades se van instaurando gradualmente. La dureza del músculo es peor cuando el niño quiere realizar un movimiento rápido. Cambiando la posición de la cabeza, se puede producir un cambio de la dureza de los músculos de un lado a otro del cuerpo. Así distinguiremos:

Hemiplejía

Afectación del brazo y pierna del mismo lado. El brazo doblado y girado adentro. La mano cerrada en puño. La pierna doblada y girada adentro. El pie de puntillas



Diplejía

Las piernas más afectadas que los brazos. Los brazos algo torpes Las piernas juntas y giradas adentro. Los pies de puntillas



Tetraplejía

Todo el cuerpo afectado Pobre control de cabeza Brazos doblados y girados adentro. Manos cerradas en puño. Las piernas juntas y giradas adentro. Los pies de puntilla



B.- ATETOXICO: Atetosis significa "movimientos incontrolados". Estos son espasmódicos o lentos y reptantes de las piernas, brazos, manos o cara del niño. Los movimientos ocurren casi todo el tiempo; estos se acentúan y son peores cuando el niño está excitado o de pie y disminuyen cuando está calmado., el equilibrio es muy pobre la cara se encuentra afectada, hace más difícil el que el niño pueda hablar lo suficientemente claro para que se le entienda.

C.- ATÁXICO: Ataxia significa "movimientos inseguros y vacilantes". Estos movimientos inseguros sólo se pueden apreciar cuando el niño trata de mantener el equilibrio, caminar o realizar alguna actividad con sus manos. Por ejemplo cuando el niño trata de alcanzar un juguete no lo consigue al primer intento. El mantenerse de pie y andar le cuesta mucho, por no poder mantener el equilibrio.

D.- MIXTO: Algunos niños muestran características de más de un tipo de Parálisis Cerebral. Por ejemplo, algunos niños presentan una Parálisis Cerebral espástica con movimientos atetóxicos.

Atetóxico



Movimientos espasmódicos y reptantes de brazos, piernas manos y cara. Equilibrio pobre.

Atáxico



Movimientos inseguros y vacilantes. Marcha tambaleante. Equilibrio pobre.

CAUSAS

➤ Antes del nacimiento:

- Infección en la madre en las primeras semanas de embarazo. Por ejemplo la rubéola o el herpes.
- Diabetes incontrolada o tensión alta en la madre durante el embarazo.

➤ Entorno al nacimiento:

- Daño en el cerebro del niño antes de los nueve meses.
- Dificultad durante el parto que tenga como consecuencia lesión en la cabeza del niño.
- Dificultad en la respiración del niño.
- El niño desarrolla ictericia.

➤ Después del nacimiento:

- Infección cerebral, como la meningitis.
- Accidentes que provoquen lesiones en la cabeza del niño.
- Fiebre muy alta, causada por una infección o pérdida de agua por una diarrea (deshidratación).

En muchos casos se desconoce la causa



El niño que se mantiene de pie, de puntillas y con ayuda, no está preparado para andar. Los pasos inseguros que el niño da, los realiza mediante un movimiento de bebés llamado "paso reflejo", el cual debe de desaparecer antes de que el niño empiece a caminar correctamente.

No todos los niños serán capaces de andar

Es importante también concentrarse en otras áreas del desarrollo como son: comer, lavarse, vestirse y comunicarse, que le permitirá integrarse en la vida familiar

PROBLEMAS DERIVADOS DE LA PARÁLISIS CEREBRAL

Vista

El problema más común es la "mirada bizca" Muchos niños pequeños desarrollan esta mirada de vez en cuando, pero desaparece cuando el niño crece. Los niños mayores de 6 meses, bizcos, deben de verlos un oftalmólogo, ya que probablemente signifique que el niño sólo esté utilizando un ojo. Algunos niños pueden necesitar una operación, otros puede corregírseles la vista utilizando gafas prescrita por un oftalmólogo.

Oído

Algunos niños, especialmente aquellos que padecen una Parálisis Cerebral atetóxica, pueden tener dañada la audición. Esto hace que el niño tenga más dificultad a la hora de hablar. Si se sospecha que el niño puede tener problemas auditivos, llévale al médico. Algunos pueden mejorar con ayudas auditivas.

Comer y hablar

El comer y el hablar dependen de la habilidad de controlar los músculos de la lengua, labios y garganta. Cuando el control muscular es pobre, pueden encontrar dificultad a la hora de a prender a masticar y tragar; en estos casos puede retrasarse el aprender a hablar. Ayudarle a comer para que sea más normal es una preparación para aprender a hablar. Asegúrese que es capaz de comer. Trate que coma algo sólido y entonces será capaz de aprender a masticar.

Con ánimo y siendo oportunos, la mayoría de los niños con Parálisis Cerebral aprenden a hablar, aunque, a veces, las palabras no son lo suficientemente claras para que otra persona pueda entenderlo. Cuando esto ocurre, el niño puede expresarse de otro modo, por ejemplo señalando.

Crecimiento

Los niños que tienen problemas para comer, tardarán más tiempo en ganar peso. Niños más mayores pueden estar más delgados que otros niños de su misma edad, porque se mueven menos y, por lo tanto, su desarrollo muscular es menor. En niños con hemiplejía, suelen tener el brazo y la pierna del lado afecto más delgado y acortado que el otro.

Lentos para aprender

Aquellos niños que no pueden hablar claramente o no controlan los movimientos faciales muy bien, suele pensarse que son mentalmente más lentos. Pero no siempre es así. Aproximadamente la mitad de los niños con Parálisis Cerebral tienen problemas a la hora de aprender; otros, especialmente aquellos con una Parálisis Cerebral atetóxica tienen una inteligencia normal o por encima de la media.

Personalidad y Comportamiento

La Parálisis Cerebral puede afectar el desarrollo de la personalidad del niño. Debido a que el niño tiene problemas a la hora de moverse y comunicarse, se frustra con facilidad o se enfada cuando hace algo, o se da por vencido y no lo intenta. Es importantísimo ser muy paciente e intentar entenderle.

Ataques (Epilepsia).- Los ataques pueden empezar a cualquier edad, pero no todos los niños están afectados. Los ataques incontrolados llegar a dañar el cerebro del niño y disminuir su capacidad para aprender. Puede ser controlado mediante medicamentos, habitualmente, por esta razón es importante consultar a un médico. Probablemente tenga que tomar el medicamento regularmente durante unos años y no dejar de tomarlos hasta que el médico lo estime conveniente.

★ Ataques moderados:

El niño deja lo que esta haciendo y clava la mirada sin pestañear. No se podrá llamar su atención. Pueden aparecer algunos movimientos inusuales; por ejemplo movimientos repetidos de labios o manos

★ Ataques graves:

Si el niño es capaz de mantenerse de pie, caerá al suelo. Si está sentado en una silla caerá hacia un lado. Aparecerán fuertes movimientos incontrolados de sus brazos y piernas, en forma de sacudidas y perderá la conciencia. Empezará a babear y sus ojos girarán hacia arriba.

★ Duración de los ataques:

La duración es normalmente corta, los moderados duran aproximadamente unos segundos; los graves, rara vez duran de 10 a 15 minutos.

★ Cuidados del niño que sufre un ataque:

Si está teniendo un ataque grave:

- ★ Situarle fuera de peligro (de fuego u objetos cortantes).
- ★ Aflojarle la ropa apretada.
- ★ Tumbarle de lado, para que de esta manera la saliva salga de la boca y la respiración le sea más fácil.
- ★ Estar con el niño hasta que desaparezca totalmente el ataque.
- ★ Cuando haya pasado, estará algo soñoliento. Déjalo dormir.
- ★ Mientras le dure el ataque, no ponerle nada en la boca



PREVENCIÓN DE LA PARÁLISIS CEREBRAL

Los niños estarán menos afectados de su Parálisis Cerebral, probablemente, si se siguen estos pasos:

A.- Antes y durante el embarazo:

- * Inmunizaran a las mujeres de la rubéola antes de quedar embarazadas
- * Evitar los embarazos en mujeres menores de 15 años y mayores a 40 años.
- * Acudir periódicamente a revisiones en un centro de salud. Cualquier problema que pudiera surgir en el parto, puede identificarse con antelación.
- * Realizarse pruebas de tensión alta y asegurar un tratamiento si fuese necesario
- * Mantener una buena alimentación así se reduce el riesgo de un nacimiento prematuro, el cual es una de las principales causas de Parálisis Cerebral.
- * Evitar tomar medicamentos innecesarios y rayos X
- * Buscar que el parto se realice en un lugar, lo más seguro posible, con personal entrenado para ayudar al nacimiento.

B.- Cuidados del niño después de nacer:

- * Fomentar la lactancia de su madre. La leche materna protege al niño de posibles infecciones.

* Realizar visitas regulares a un centro de salud, de tal modo que se le controle la nutrición, el crecimiento y el desarrollo normal del niño. Cualquier atraso en el desarrollo debe de ser comunicado inmediatamente para que reciba ayuda.

* El niño debe de ser vacunado de: difteria, tétano, poliomielitis, tuberculosis, sarampión y tosferina.

C.- Cuidados del niño enfermo:

* Enseñar a la familia los primeros signos de la meningitis. Estos son: fiebre, contracción de la nuca, abultamiento en la fontanela o parte blanda de la zona superior de la cabeza y adormecimiento. El niño puede vomitar y quedar inconsciente. Llevar al niño con urgencia al médico para su tratamiento.

* Enseñar a la familia que hacer cuando el niño tiene fiebre. Se les debe de mantener "fríos" cambiarles de ropa y pasarles una esponja húmeda con agua fría por todo el cuerpo. Darle muchos líquidos. En el caso de que la fiebre no baje después de todo un día y una noche, llevarle a un centro de salud para un mejor tratamiento.

* Enseñar a las familias como se debe de rehidratar a un niño que padece diarrea. Decir a los padres que deben de seguir dándole el pecho o darle purés. Dar al niño líquido cada vez que haga deposiciones. Llevarle a un centro de salud si el niño no ha mejorado de la diarrea en dos días.

MANEJO ADECUADO DEL NIÑO

COMO LEVANTARLE Y LLEVARLE EN BRAZOS

Levantarlo

Para que levantar al niño sea más fácil y para prevenir posiciones anormales:

- ★ Girarle sobre un lado y sujetar su cabeza.
- ★ Doblar sus rodillas.
- ★ Llevarle pegado a tu cuerpo.
- ★ Bajarle de la misma forma



Transportarlo

Llevarle de tal forma que se corrijan las posiciones anormales y que lleve sus brazos hacia delante. Cuanto más vertical esté el niño mejor aprenderá a mantener su cabeza erguida y mirar a su alrededor.



Todos los niños pequeños deben de ser transportados de esta forma.



Buena posición para estirar a un niño espástico.



Buena posición para un niño espástico que tiende a cruzar las piernas, o un niño flácido.

Esta es una buena posición para llevar a un niño espástico que cruza las piernas, o a un niño atetóxico. Utilizarla para distancias cortas. Puedes balancearlo de un lado a otro.



Puedes llevarle a tu espalda. Si necesita más soporte o su cabeza cae, llévale a un lado.



MANEJO DEL NIÑO

El manejo del niño ha de ser una forma de guiar y darle soporte para que sus movimientos sean más normales. Un buen manejo relaja a un niño; le da apoyos a un niño flácido o a un atetóxico. También permite a los niños atetóxicos y atáxicos controlar mejor los movimientos. Un buen manejo es la base de TODAS las sugerencias de entrenamiento. Esto hace más fácil el cuidar al niño

MANEJO DE LA CABEZA

EVITAR HACER



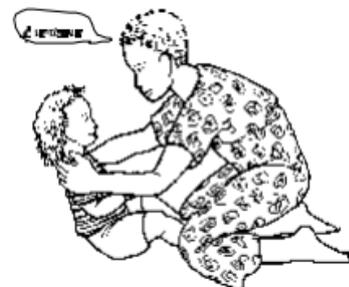
RECOMENDADO HACER



Presionar sus hombros hacia abajo e inclina su cabeza hacia adelante



Llevar sus brazos hacia adelante. Presionar su pecho para llevar la cabeza adelante. Doblar sus caderas con tus rodillas.



Sujetar sus hombros y levantar a la niña lentamente. Ponerla de un lado a medida que la levantas. Esto ayudará a llevar su cabeza adelante.

MANEJO DEL CUERPO

Para relajar a un niño espástico:

- Gira su cuerpo de un lado a otro.
- También se le puede hacer tumbado
- Para niños más grandes, estirar sus rodillas, poniendo tus piernas encima.



Posición incorrecta de sentado de un niño flácido



Para estirar su espalda:



Sujétale por sus caderas. Si el niño es muy flácido, mantener su pecho con una mano.

Presiona hacia abajo en la parte baja de la espalda con la otra mano.

Cuando no se mantiene sentado, el brazo y la pierna de un niño atetóxico no se controlan. Su cuerpo puede empujar hacia atrás



Para mantenerlo sentado:

Sujétale por sus hombros. Presiónalos hacia abajo y coloca sus brazos hacia adelante. Cuando se mantiene bien sentado, es más fácil para él mirar y escuchar



MANEJO DE BRAZOS Y MANOS

Evitar hacer

Los brazos de un niño espástico pueden estar doblados y atrás; sus manos cerradas.



Si sus músculos están espásticos, nunca tires de los dedos afuera. Esto provocará cerrar la mano con más fuerza

Otras ideas para abrir la mano:

- Sacude su brazo rítmicamente mientras sujetas hombro y codo.
- Golpea ligeramente el dorso de su mano, por el lado de su dedo pequeño, cuando se abra su mano frota ligeramente la palma con diferentes materiales tales como lana, algodón o piel. De esta manera la acostumbrarás a tocar diferentes objetos

Recomendado hacer

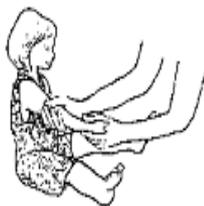
Para estirar sus brazos:

Sujétale por los codos. Lleva los brazos afuera a la vez que los llevas adelante. Si sus brazos no se pueden doblar, sujétale alrededor de los codos. Lleva sus brazos hacia adentro.



Para abrir la mano:

- Primero estirar su brazo
- Sujeta su mano de manera que el pulgar esté fuera de la palma
- Lleva su muñeca hacia atrás y abre poco a poco su mano



Para apoyarse en sus manos:

- Estirar sus brazos como antes
- Dobla una muñeca hacia atrás mientras suavemente abre su mano
- Sitúa la palma sobre el suelo
- Haz lo mismo con la otra mano.



MANEJO DE PIERNAS

Evitar hacer



Un niño flácido puede tumbarse con las piernas separadas



El cuerpo de un niño espástico puede estar rígido y sus piernas muy juntas y cruzadas cuando se tumba sobre su espalda

Si los músculos son espásticos nunca tratar de separar las piernas, porque se juntarán más

Puede mantenerse de pie sobre el borde interno de sus pies y las rodillas juntas

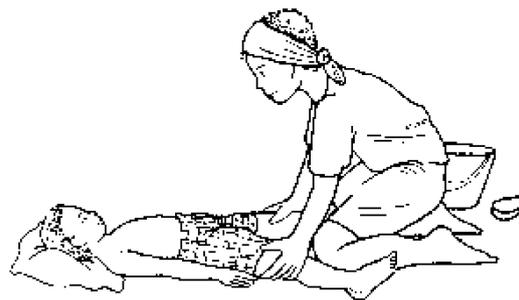


Recomendado hacer



Para separar sus piernas:

- Ponle algo debajo de la cabeza y los hombros para elevarlos y adelantarlos
- Sujeta sus rodillas
- Dobra sus piernas hacia arriba
- Conforme se doblan las piernas se separan



Entonces:

- Sujétale alrededor de sus rodillas
- Mantén sus piernas separadas a medida que las estiras. Esto hará que doble sus pies hacia arriba más fácilmente

Para mantenerse sobre sus pies en plano:

- Sujetarle por las rodillas.
- Girarle las rodillas hacia afuera. Sujetando el niño un palo con ambas manos le dará más control de sus brazos mientras está de pie

PARA PREVENIR LAS DEFORMIDADES

BUENA POSICIÓN

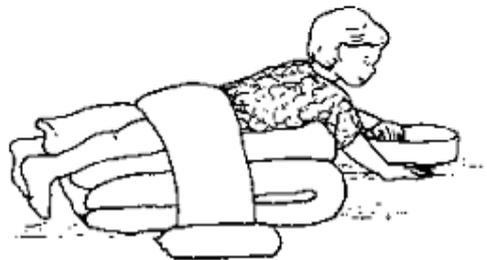
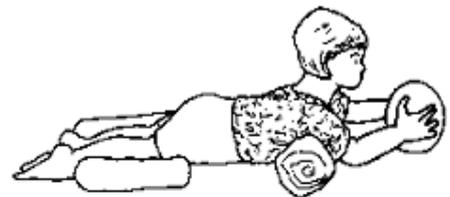
Una buena posición permite al niño hacer más por él de una forma natural. Permitir que realice algunos movimientos es mejor que hacer todo a base de aparatos. Demasiado soporte no le permite aprender a moverse. Cambia su posición regularmente.

COMO TUMBARLE EN FORMA CORRECTA

Elige la postura que más corrige al niño

Tumbarle boca abajo:

- Ponle sobre un rollo, cojín o almohada
- Esto hace que sus brazos estén hacia adelante y le ayuda a mantener la cabeza erguida
- Mantener las piernas flácidas juntas con un cojín o saco de arena
- Si las piernas están rígidas sepáralas con un rollo
- Estira las caderas dobladas usando dos sacos de arena y todo ello sujeto una cincha



Tumbarle de lado:

- Mantener los dos brazos hacia adelante con el fin de que sus manos estén juntas.
- Doblarle una cadera y una rodilla. Esto evitará que mantenga sus piernas juntas y relajará su cuerpo.



Tumbado sobre su espalda:

- Colocar sus hombros y cabeza hacia adelante.
- Doblarle un poco sus caderas y rodillas. Esto evitará que su cuerpo se ponga rígido y estirado

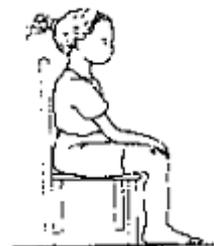


COMO SENTARSE EN FORMA CORRECTA

El niño con retraso para sentarse, necesitará más ayuda. Requerirá más ayuda durante más tiempo que otros niños. Puede necesitar una silla especial para ayudarlo a sentarse en una posición correcta, de tal forma que pueda usar sus manos mejor, así como tragar y masticar. El niño que está aprendiendo a sentarse, debe, también, practicar actividades de pie.

Posición correcta:

- * Cabeza ligeramente hacia delante.
- * Espalda recta, no sobre un lado.
- * El trasero pegado al respaldo de la silla.



- * Rodillas en vertical con los pies
- * Piernas ligeramente separadas
- * Pies apoyados en plano sobre el suelo o reposapiés

Posiciones no correctas:

- * Caderas demasiado estiradas.
- * Empuja hacia atrás y se puede salir de la silla.



- * Caderas demasiado dobladas
- * Se cae adelante

Medidas para una silla:

- * Respaldo: desde el trasero hasta la axila.
- * Altura del asiento: detrás de la rodilla hasta el talón.



- * Altura del apoyabrazos: del asiento al codo

Profundidad del asiento:
desde la parte posterior del trasero a la parte posterior de las rodillas menos dos dedos

Anchura del asiento:
anchura del trasero mas dos dedos

CONTRACTURAS Y DEFORMIDADES

Una contractura es la consecuencia de que un músculo esté acortado y que impida la totalidad del recorrido de un movimiento hecho en una articulación. La articulación se va haciendo dura. Una deformidad es una posición anormal de la articulación. Con el tiempo la articulación pierde el movimiento.

Causas:

* Muy poco movimiento: Cuando el niño es flácido, se mueve menos de lo normal y está siempre en una misma posición

* Músculos con desequilibrio: Esto ocurre cuando un grupo de músculos son más fuertes que otros. Por ejemplo un niño espástico tiende a colocarse en una posición anormal por un aumento de actividad de los músculos espásticos.

Apreciación:

*Mirar como se mueve:

- ¿Cuales son las posiciones que más usa?
- ¿Se ha de facilitar o evitar esta posición?
- ¿Hay algunos músculos en peligro de acortarse?



Por ejemplo si un niño, se sienta siempre con las piernas dobladas, los músculos que doblan las caderas y las rodillas, tenderán a acostarse, de tal forma que el levantarse resultará muy difícil.

Esta posición, es mala, sólo si se usa todo el tiempo. Hay que fomentar otras maneras de sentarse, como sentarse en un taburete bajo.

Mirar el recorrido de movimiento en cada articulación: ¿Qué músculos parecen acortados debido a las contracturas? ¿Se estiran los músculos? ¿Hasta donde serán los músculos capaces de estirarse? (Arco de movimiento). ¿Será fácil o difícil estirarlos? (resistencia al estiramiento). Anota todo lo encontrado usando los métodos que has aprendido. Planea la acción

PREVENIR LAS CONTRACTURAS

Utiliza el manejo y la posición correctos para ayudar a relajar los músculos espásticos. Fomenta los movimientos activos (el niño lo hace solo) en buenas posiciones, las cuales estirarán los músculos rígidos y tensos. Haz todo esto parte de su vida diaria

Por ejemplo vestirse, como se muestra, estirará las caderas dobladas.



Si la resistencia al estiramiento aumenta, será conveniente mantenerlos en posiciones que les proporcionen un estiramiento constante, durante largos períodos de tiempo. Esto será más efectivo. Utiliza posiciones en forma correcta o un entablillado. Elige posiciones que faciliten sus actividades de la vida diaria. Por ejemplo, un armazón que le mantenga de pie, le estirará las piernas dobladas del niño y, también, dejara sus manos libres para jugar. No debe de permanecer en una misma posición durante mucho tiempo, pues empezará a ponerse más rígido y a estar incómodo. Cuando el niño no esté usando ningún sistema de sujeción pasiva, fomentar una gran variedad de movimientos activos.

A todo esto añade estiramientos pasivos, diariamente (tu mueves al niño), a los músculos que estén en peligro de acortarse y a que se contracturen. Esto ayudará a mantener el recorrido del movimiento lo más amplio posible. Utiliza esto mientras hacen los entablillados para el niño. Los estiramientos pasivos solos, no son suficientes para prevenir las contracturas. Utiliza otros métodos primero

Progresos:

Sigue comprobando el arco de movimiento de sus articulaciones. Si la contractura es cada vez peor y la resistencia al estiramiento aumenta, lleva al niño a un Fisioterapeuta o a un Médico. Probablemente necesite unos yesos o unas férulas para corregir la contractura. No será necesaria la cirugía en los niños pequeños para corregir las contracturas. Ahora es el momento para trabajar intensamente en las contracturas.

RESUMEN DE VALORACIÓN Y ACCIÓN

VALORACIÓN DE LA RESISTENCIA A ESTIRAR UN MÚSCULO	VALORACIÓN DEL ARCO DE MOVIMIENTO DE UNA ARTICULACIÓN	ACCIÓN
Media	Completa	Usa una buena posición y un buen manejo. Fomenta movimientos activos con o sin buenas posiciones.
Moderada	Completa	Añade constantes estiramientos usando posiciones de ayuda o un entablillado.
Fuerte	Limitada, empieza a contracturarse	Añade, diariamente, posiciones de estiramientos pasivos.
Muy fuerte	Disminuyendo. La contractura cada vez es peor.	Llévale a que le vea un Fisioterapeuta o un Médico. Probablemente necesite unos yesos o unas férulas para corregir la contractura.

VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS CONTRACTURAS

Si la niña está en una posición anormal, primero pídelas que intente corregirla, si no, puedes ver hasta donde se la puede corregir. Si los músculos rígidos evitan la posición, hay una contractura.

➤ ¿Doblará sus caderas y estirará sus piernas?

-Posición anormal

- Espalda redonda y rodillas dobladas.
- Niña inclinada hacia atrás y sentada en la base de su columna



-Test de posición

- Trata de estirar la espalda y sus rodillas a la vez.
- Siéntale sobre el trasero. Si no es posible esta posición es que hay contractura



➤ ¿Qué hacer?

-Movimiento activo

- Sentada,
- Apoyarse en manos y pies
- De pie

-Posicionar

Siéntala con la espalda y rodillas rectas. Usa una pared o esquina para apoyar la espalda

-Estiramiento constante

Ponla los entablillados de rodilla sentada. Si tiene redondeada la espalda; siéntala en una silla, y sus rodillas se doblarán.

Facilita el estar de pie. Usa las férulas dependiendo de las necesidades de ayuda de la niña

-Estiramiento pasivo

Apoya los talones de la niña contra tu cuerpo. Sujeta sus rodillas y estíralas todo lo que puedas. Inclínalas hacia delante, suavemente, para doblar al mismo tiempo las caderas. Mantén su trasero pegado al plano



➤ **¿Se estirarán sus caderas?**

-Posición anormal

- El niño se tumba con su espalda arqueada para que sus pies lleguen al suelo



- Se mantiene de pie, también con la espalda arqueada

-Test de posición

- Dobla una rodilla hacia el pecho del niño para mantener recta la espalda



- Si la pierna estirada (contraria), no se mantiene paralela al plano, existe una contractura a nivel de la cadera

➤ ¿Qué hacer?

Movimiento activo

Tirar de él para ponerlo de pie

Caminar

-Ponerle en posición

Tumbarlo boca abajo.

-Estiramiento constante

Fomentar el estar de pie con soporte de apoyo.

➤ ¿Se separan sus piernas?

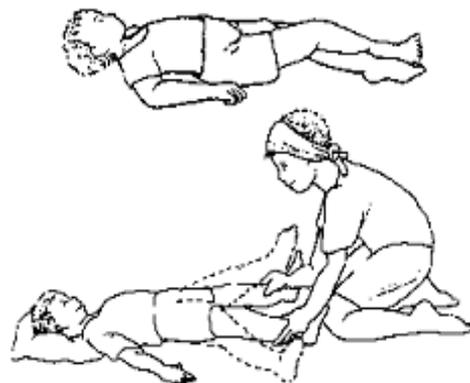
-Posición anormal

- El niño de pie, sentado o tumbado tiene las piernas juntas o cruzadas

-Test de posición

- Sepárale suavemente las piernas

Las líneas discontinuas del dibujo de la derecha indican todo lo que sería separar las piernas normalmente. Si no se consigue es que hay contractura.



➤ ¿Qué hacer?

-Movimiento activo

-Sentado con piernas separadas

-Sentado con piernas separadas y dobladas

-Andar de lado

-Posicionar

-Tumbado

-Estiramiento constante

-Sentado, a caballo, sobre un rodillo

-De pie con ayuda de un soporte

-Sentado con rodillas bloqueadas

-Tumbado de lado sobre tablero con una pierna libre

➤ **¿Juntará sus piernas?**

-Posición anormal

- El niño se tumba con sus piernas separadas
(flácido o blando)



-Test de posición

- Lleva sus piernas a estiradas y juntas
- Si las rodillas no se tocan hay contractura



➤ **¿Qué hacer?**

-Movimiento activo

Dar patadas con las piernas sentado en una silla o tumbado

-Poner en posición

Mantener sus piernas juntas, sentado o tumbado, con cojines o sacos de arena

-Estiramiento constante

Utiliza los entablillados sentado.

De pie, utiliza los entablillados de rodillas o bipedestador para estar de pie, dependiendo de la ayuda que necesite.

➤ **¿Mantendrá sus talones rectos sobre el suelo?**

-Posición anormal

- Se mantiene sobre las puntas de sus pies.



-Test de posición

- Si sus talones no se pueden bajar, hay una contractura.

➤ **¿Qué hacer?**

-Movimiento activo

-Estiramiento constante

PRIMERA ETAPA

CONTROL DEL CUERPO Y CABEZA: SUJETAR LA CABEZA

A menos que el niño aprenda a levantar su cabeza tendrá muchas dificultades en actividades como sentarse. Tumbado boca arriba la espalda presiona sobre el suelo y el niño puede aumentar su rigidez corporal. Tener la cabeza más alta que el cuerpo ayudará al niño a mirar a su alrededor y a aprender mejor.

Empezar manteniéndole sentado, porque así le es más fácil tener equilibrio de la cabeza

- ★ Presionar ligeramente sus hombros hacia abajo.
- ★ Inclínale hacia atrás poco a poco, para enseñarle a mantener su cabeza hacia delante.
- ★ Inclínale cada vez más, a medida que mantenga su cabeza.
- ★ Intenta inclinarle de un lado a otro, progresivamente.
- ★ Dale cada vez menos apoyo, a medida que mantiene la cabeza adelantada
- ★ Mueve tus rodillas para balancearle, despacio, de un lado a otro.



Ahora enséñale a mantener su cabeza cuando se incline hacia delante

- ★ Inclínale hacia delante, contra tu cuerpo.
- ★ Muévele despacio de un lado a otro.



Finalmente:

Anímale a levantar la cabeza cuando esté tumbada boca abajo :

- ★ Apóyale contra tu pecho
- ★ Muévele despacio de lado a otro.



CONTROL DE CABEZA Y CUERPO: RODAR

Para rodar se ha de cambiar el apoyo de parte superior a la inferior del cuerpo y posteriormente se necesitará para poder sentarse y caminar. Cuando se rueda, la cabeza gira hacia un lado, siguiéndola los hombros y luego las piernas.

Relaja al niño antes de enseñarle a rodar:

- ★ Eleva su trasero del suelo
- ★ Ponle la espalda redondeada
- ★ Ruédale de un lado a otro



Empieza el entrenamiento rodándole a un lado desde la posición de tumbado:

- ★ Ayúdale a rodar adelante y atrás
- ★ Ayúdale sujetándole y moviéndole su pierna.
- ★ Sujeta su brazo de abajo



- ★ Utiliza sus piernas para voltear su cuerpo.
- ★ Anímale y espera a que él mueva la cabeza hacia un lado y lleve su brazo por encima del cuerpo.



Entrénale facilitando el rodar desde boca arriba aboca abajo y viceversa. Practica rodando hacia ambos lados :

- ★ Incentívale a rodar sin ayuda, de tal forma que él pueda seguir y coger el juguete.



SENTADO: SENTADO APOYANDOSE EN SUS MANOS

Enseñar a la niña a mantener su cuerpo erguido así como a moverse para apoyar sus manos. Estando sentada podrá verse las manos y usarlas mejor.

- ★ Mantener ambos brazos hacia delante.
- ★ Gira su cuerpo desde la vertical hacia un lado y otro para que se toque los pies.
- ★ Eleva tu rodilla conforme la inclinas, al tiempo que ejercitas su equilibrio.
- ★ Háblale al mismo tiempo que la mueves.
- ★ Di "Derecha" e "izquierda".



- ★ Para estirar su espalda, levanta sus brazos y llévalos hacia adelante, al mismo tiempo, que le balanceas de un lado a otro

- ★ Sujeta sus manos y pies.
- ★ Muévela hacia atrás y adelante y de un lado a otro, despacio, para potenciar el equilibrio del cuerpo y cabeza.
- ★ Háblale mientras la mueves.
- ★ Di "arriba y abajo", "Delante y detrás".
- ★ Con ritmo en tus palabras harás más divertido el movimiento.



- ★ Sujeta sus rodillas para ayudarla.
- ★ Muévela hacia delante, para que ella pueda alcanzar cosas y que se mantenga apoyada en su brazo.



También práctico sentado en una silla

AUTO-CUIDADOS: ALIMENTACIÓN

Para aprender a hablar es importante ayudar al niño a alimentarse

POSICIÓN A EVITAR



El niño tumbado en horizontal
La cabeza empuja hacia atrás.

**Esto hace el chupar y tragar
más difícil**

POSICIÓN CORRECTA



Gira su cuerpo hacia el tuyo todo lo que
puedas.

Sujétale en una posición lo más vertical
posible.

Mantén sus brazos hacia delante.

Presiona sobre su pecho para mantener
su cabeza hacia delante.

Mantén sus caderas dobladas sobre tus
rodillas.

Si necesita más ayuda:

★ Si es incapaz de cerrar su boca, ayúdale
levantándole la mandíbula y sujetándole las
mejillas hacia delante.

★ Si tiende a estar rígido hacia atrás, presiona
contra su pecho con el dorso de tu muñeca para
inclinarse hacia delante.



Esto hace el chupar y tragar más fácil

**Si no puede chupar del pecho o del biberón, usa una cuchara pequeña para
darle la leche.**

AUTOCUIDADOS: LAVARSE

Elige la posición en la que controles mejor al niño



Sus caderas han de estar estiradas. Mantén su cabeza más alta que sus caderas, levantando tú una pierna. Esto le ayudará a mantener la cabeza elevada, y además relaja su cuerpo.



Dobla sus caderas, levantando tu rodilla. Eso relajará su cuerpo.

AUTOCUIDADOS: VESTIRSE

Elige la posición en la que controles mejor al niño.



Mantén sus caderas estiradas.



Mantén su cabeza más elevada que sus caderas, levantando tu rodilla. Esto le ayudará a mantener la cabeza más alta.

Viste primero el lado más afectado y desvéstelo de último.

Sitúa siempre el agua y la ropa donde la pueda ver. Dile lo que haces y háblale sobre su cuerpo para que vaya aprendiendo

USANDO LAS MANOS Y JUGANDO

Anima al niño a llevar sus brazos hacia delante y mirar a sus manos.

Haz esto en varias posiciones adecuadas y ayúdale a practicar el rodar y sentarse.



ETAPA DOS

SENTARSE: PREPARARSE PARA SENTARSE SOLO

Empújala hacia atrás y hacia los lados, de tal manera que aprenda a sujetarse ella sola. A medida que gana equilibrio, será capaz de levantar sus manos, sin necesidad de apoyarse en ellas, para mantenerse.

Enséñala a girarse y a llegar en todas las direcciones:

- ★ Sujétala sus caderas.
- ★ Inclínala suavemente a un lado, de manera que se pueda mantener sola.
- ★ Inclínala al otro lado
- ★ Sentarla de un lado
- ★ Anímala a alcanzar objetos en todas direcciones con una mano.
- ★ Sujeta su otro brazo de manera que esté estirado y apoyado, de forma que se pueda mantener sola.



- ★ Túmbala sobre algo que rueda, como un rulo, un barreño o un bidón pequeño.
- ★ Mantén sus caderas en buena posición.
- ★ Muévela, suavemente hacia adelante para que aprenda a mantenerse sola.



- ★ Siéntala a caballo sobre tus rodillas.
- ★ Muévela suavemente a un lado utilizando tus rodillas mientras sujetas su cuerpo y fomentas que se mantenga sola.
- ★ Para ayudarla a levantarse, empuja hacia abajo por encima de sus caderas.
- ★ Muévela al otro lado de igual forma



Los niños con retraso en la acción de sentarse, pueden necesitar el uso de una silla para apoyarse

SENTARSE: SENTARSE DESDE LA POSICIÓN DE BOCA ABAJO.

Cuando el niño puede sentarse solo, enséñale a levantarse desde la posición de tumbado.

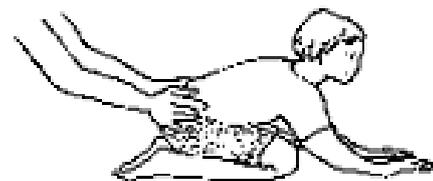


- ★ Sujeta su pecho.
- ★ Rota sus caderas hacia ti.
- ★ Presiona hacia abajo y atrás de su cadera.
- ★ Sujeta su cuerpo a medida que él se apoye en su brazo y se levante.

Cuando necesite menos ayuda, sujeta su mano según se levanta. Practica siempre que el niño necesite sentarse para comer, beber, lavarse y jugar

DESPLAZARSE: DESPLAZARSE SOBRE MANOS Y RODILLAS.

Cuando el niño puede sentarse solo, enséñale a mantenerse, por si solo, sobre sus manos y rodillas. Si gatea con las piernas muy flexionadas, puede desarrollar contracturas, en su lugar insiste en que se siente y levante con las caderas y las piernas estiradas. Enséñale a guardar el equilibrio sobre sus rodillas y manos. Esto le ayudará a ponerse de rodillas y de pie.



- ★ Levanta una cadera y luego dobla su rodilla hacia adelante.
- ★ Cambia su peso hacia la rodilla adelantada y dobla la otra rodilla de la misma forma.
- ★ Entonces, presiona hacia abajo sus dos caderas para estimularle a que levante la cabeza y se apoye sobre los brazos.
- ★ Muévele, suavemente de un lado a otro y de delante a atrás para entrenarle el equilibrio.

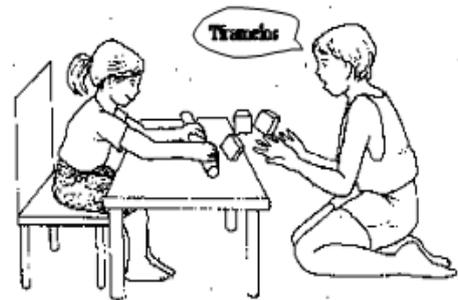
Si necesita ayuda para levantarse del suelo, deja que se apoye en sus manos y rodillas antes de que lo levantes. Prácticalo cuando se lave, se vista y al jugar.

SENTARSE: SENTARSE SOLO.

Para sentarse bien en una silla, la niña debe de aprender a mantener sus pies bien apoyados en el suelo, separadas sus piernas. Hay que enseñarla a echarse hacia adelante inclinándose y sujetándose con ambas manos.

Felicítala cuando se siente en buena posición.

Elige juegos que le lleve a la niña a mantenerse en una buena posición y ejercitar el equilibrio. Estimúlala para que mantenga sus codos estirados; si tiene dificultad, empieza utilizando férulas para los codos.



A medida que mejora su equilibrio estimúlala a hacerlo con una mano y luego con las dos.



Cuando ya no necesite sujetarse, ayúdala a que vaya con los brazos en todas direcciones, sentada en un taburete. Enséñale canciones combinadas con movimientos para que te copie los movimientos. Enséñale a dar patadas con un pie y a doblarse hacia adelante para tocarse los pies.



Practica estos ejercicios al comer, al lavarla, al vestirla y al jugar.

MOVERSE: PONERSE EN PIE

Cuando el niño empuja para ponerse en pie, necesita inclinarse adecuadamente hacia delante. Normalmente empujan para atrás y esto hace más difícil ponerse en pie.

Moverse de la posición de sentado a de pie correctamente:



Coloca los pies bien en contacto con el suelo y en la vertical de sus rodillas.

Presiona hacia abajo desde sus rodillas mientras se inclina hacia delante.



A medida que se pone de pie, sujeta su pecho y rodillas.

No le deje que se incline hacia atrás.

Para moverle desde "de rodillas" a "de pie":

- ★ Empuja hacia abajo en una rodilla.
- ★ Mantén la otra rodilla bien atrás mientras se inclina hacia delante.
- ★ A medida que se pone en pie, sujeta su pecho.



Cuando se ponga en pie:

- ★ Que él se apoye en tu pierna.
- ★ Sujeta sus caderas estiradas, de forma que estén más adelantadas que sus pies.
- ★ Cambia su peso de un lado a otro.



Muchos niños necesitarán ayudas para poder estar de pie. Practica el estar de pie cuando lo laves, vistas y para jugar.

AUTO-CUIDADOS: COMER Y BEBER

Una niña puede comer y beber bien en su regazo o en una silla. Si necesita mucho apoyo para estar sentada y ayuda para masticar y tragar, será más fácil alimentarla en una silla. Llévale la cabeza y sus brazos hacia delante. Ofrécele siempre comida y bebida estando la niña derecha y hacia adelante, así podrá mantener su cabeza en la vertical.

Cuando come:

- ★ Utiliza una cuchara para comidas blandas.
- ★ Cuando uses una cuchara, coloca la comida en la mitad de su lengua.
- ★ Usa una cuchara poco profunda para que entre bien en la boca y no choque con los dientes
- ★ Para ayudarla a masticar, dale pequeños trozos de comida sólida
- ★ Coloca la comida a un lado de su boca y hacia atrás, entremedias de los dientes de ambos lados.
- ★ Si necesita ayuda para mantener cerrada su boca mientras mastica, aplique una presión firme sobre su mandíbula



Cuando bebe:

- ★ Si no puede cerrar su boca, aplica una presión firme sobre su mandíbula, como indica el gráfico de la derecha.

Esto también la ayudará a tragar.

- ★ Corta un trozo del vaso, para que cuando beba, no choque su nariz con el vaso e incline la cabeza hacia atrás, al beber.



Control de la mandíbula de frente

Control de la mandíbula de lado



Intenta evitar que saque la lengua fuera, presionando firmemente con la cuchara, cuando la das de comer. **No inclines su cabeza hacia atrás**

AUTO-CUIDADOS: LAVARLE

Elige una buena posición para lavar al niño



Para mantener su cabeza alta, más alta que sus caderas, eleva tu rodilla. De esta forma ayudarás a la niña a que mantenga la cabeza elevada.

Si está aprendiendo a sentarse, lávala en esa posición.



Estimúlale a mantener sus manos juntas.



Estimúlale a sujetarse dentro de la bañera.

Si está aprendiendo a ponerse en pie, lávala en esa posición.



Coloca siempre el agua donde ella pueda verla. Dile lo que estás haciendo, y lo que quieres que ella haga para que pueda aprender. Vístela el lado afecto y desnúdalo de último.

AUTO-CUIDADOS: VESTIRLA

Elige una buena posición para vestir a la niña.

Si la niña está aprendiendo a sentarse, vístela en esa posición.



Siéntala cerca de ti y dobla su cuerpo hacia delante.

Su espalda debe de estar recta.

Si no puede mantener su espalda recta ni sus piernas estiradas, inténtalo sentándola frente a ti.



A medida que mejora su equilibrio, disminuye las ayudas de apoyo.

Si está aprendiendo a ponerse en pie, vístela en esta posición.



Coloca siempre la ropa donde ella la pueda ver. Dile lo que estás haciendo y que quieres que ella haga, para aprender. Viste primero el lado afecto y desnúdalo de último.

USAR LAS MANOS Y JUGAR

Estimula al niño a que se mueva en todas las direcciones con ambos brazos, y a apoyarse sobre ambas manos.

Hazlo en varias posiciones para practicar sentándose, poniéndose de rodillas, al tiempo que reparte el peso en sus manos y rodillas



Ponle alrededor una manta o una toalla doblada para ayudarle a mantener el equilibrio sentado y mantener sus brazos hacia delante.

No utilices esta posición con los niños que tienen tendencia a doblar las piernas. En lugar de esto ponerlo de pie.



TERCERA ETAPA

SENTARSE: PONERSE EN PIE DESDE LA SILLA

Después de que la niña pueda ponerse en pie con ayuda, enséñale a hacerlo sola. Esto suele resultar más fácil para la niña con Parálisis Cerebral que levantarse desde el suelo. Ayúdala, enseñándola a realizar los movimientos correctos.

Para ponerse en pie correctamente desde la posición de sentada:

- ★ Sitúa sus pies bien apoyados en el suelo, justo debajo de sus rodillas.
- ★ Debe de inclinarse, adecuadamente, hacia delante, de forma que su trasero se despegue de la silla.
- ★ Sujétala debajo de sus brazos.
- ★ Practica el levantar y volver a sentarse bien.



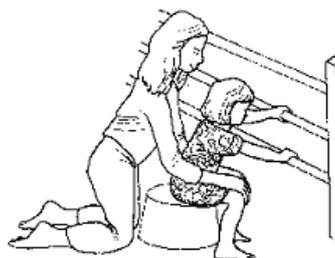
Cuando es capaz de elevar el trasero de la silla, está preparada para aprender a ponerse en pie:

- ★ A medida que se levante, sitúa tus manos debajo de sus codos, estirándolos y mantén su cuerpo hacia delante.
- ★ Ponla en pie con las caderas rectas.



Entonces, déjala que se levante sola:

- ★ Si necesita ayuda, presiona hacia abajo sus rodillas, a medida que inclina su cuerpo hacia delante para ponerse en pie.



Ahora intenta que se ponga sola de pie:

- ★ Si sus brazos empujan hacia atrás, dale un palo para que lo sujete y lo lleve hacia adelante.
- ★ Ponerse en pie con las caderas estiradas.



MOVERSE DE UN SITIO A OTRO: LEVANTARSE DESDE CUCLILLAS Y RODILLAS

La posición de cuclillas es buena para estirar sus talones y poner los pies bien sobre el suelo. Muchos niños pueden necesitar ayuda para mantener el equilibrio en la posición de cuclillas. Es muy importante durante el juego y el aseo.

Entrenarle a estar en cuclillas:

- ★ Ayúdale a mantener el equilibrio sobre sus manos y pies.
- ★ Sujeta sus rodillas
- ★ Muévele despacio en todas las direcciones.
- ★ Estimúlale a levantar una mano y luego la otra.



- ★ Empuja sus rodillas hacia abajo, mientras él se inclina hacia delante.
- ★ Mantén sus pies planos sobre el suelo.
- ★ Muévele suavemente en todas direcciones.
- ★ Estimúlale a ponerse en pie desde cuclillas.



Un buen equilibrio en la posición "de rodillas" facilitará ponerse en pie.

Para entrenar el equilibrio de rodillas:

- ★ Empieza con el niño sentado en sus talones
- ★ Sujétale alrededor de sus hombros
- ★ Ayúdale a inclinarse hacia delante y a estirarse sobre sus rodillas hasta que sus caderas estén completamente rectas.
- ★ Después ayúdale a sentarse sobre sus talones, otra vez. Hazlo muy despacio.
- ★ Cuando esté derecho, apoyado sobre sus rodillas, con sus caderas rectas, empújale suavemente de un lado a otro.



Practícalo cuando se le lava, o viste, o en el retrete y al jugar

MOVERSE DE UN SITIO A OTRO: CAMINANDO

Para dar un paso, el niño necesita poner su peso en un pie, mientras adelante el otro pie. Muchos niños necesitan mucho tiempo para aprender esto, y para andar solos. Probablemente necesiten ayudas o férulas o aparatos especiales.

Primero estimúlale a dar pasos laterales



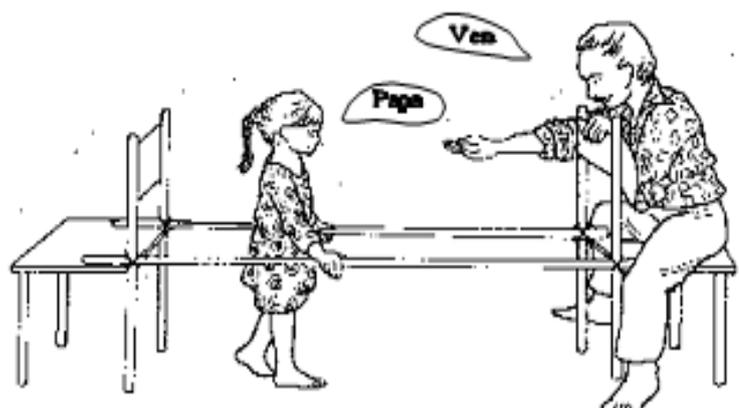
Luego a dar pasos hacia delante



Sujétala contra tu pierna y ayúdala a cambiar el peso de un pie a otro.

A medida que va aprendiendo:

- ★ Sujétala por las caderas o por los codos.
- ★ Ayúdala a cambiar el peso para dar pasos.
- ★ Darle menor ayuda, de forma gradual.



Para dar estabilidad se debe sentar un adulto en una de las sillas.

Practica el caminar haciendo actividades de la vida diaria

AUTO-CUIDADOS: COMER Y BEBER

Reduce la ayuda cuando come o bebe, pero mantén una buena posición de sentado. Enseña al niño a comer él solo y a sujetar el vaso. Puede necesitar ayuda para mantener su boca cerrada. Ofrécele, siempre, la comida y bebida enfrente de él, de forma que mantenga su cabeza hacia delante.

Mientras come:



Ayúdale a mantener los brazos hacia adelante con sus manos planas sobre la mesa, mientras le das de comer. Sus pies deben de estar planos sobre el suelo



Ayúdale a mantener la cuchara, doblando su muñeca. Ayúdale a mantener su otro brazo hacia adelante, con su mano plana sobre la mesa. Usa una cuchara poco profunda, que no sea fácil de romper

Mientras bebe:



Mantén los brazos hacia adelante.



Deberá sujetar el vaso con ambas manos y apoyarse en sus codos.

Si el niño es muy flácido y tiende a caerse hacia delante, utiliza una mesa alta para mantener una posición erecta.

AUTO-CUIDADOS: LAVARLE

Enseña a la niña a lavarse por si misma. Elige una posición de la niña que la estimule a practicar la posición de sentada y de pie. Puede aprender a levantarse por si misma, cuando está sentada, porque es más estable.



Estas posiciones se usan para estirar sus piernas

Si no puede estirar sus piernas, deberá sentarse en un taburete o en una silla baja.



Si está aprendiendo a ponerse de pie, lávala en esta posición.

AUTO-CUIDADOS: VESTIRSE

- ★ Enseña al niño a que te ayude cuando le vistas.
- ★ Estimúlale a levantar sus brazos y piernas, a ponerse y a quitarse la ropa.
- ★ Elige posiciones que le lleven a practicar el estar sentado, de rodillas o de pie.



Viste primero el lado afecto y desvéstelo de último

TENER EN CUENTA LOS PROBLEMAS ASOCIADOS A LA PARÁLISIS CEREBRAL

Visión pobre Si a los tres meses el niño no es capaz de seguir una luz en movimiento o no localiza las cosas, llévale al médico para que le realice un test de visión. Una visión pobre reduce aún más el desarrollo del movimiento y del aprendizaje.

Estimúlale a que use la vista que tiene, sea cual sea.

Sugerencias de entrenamiento Sugerencias de entrenamiento

Llevarle en brazos Puede asustarse y ponerse rígido si no te ve venir. Para prevenirlo acércate hablando y tócale.

Movimiento Déjale sentir el movimiento, sujétale en una buena posición y balancéale o inclínale para aumentar su confianza. Comienza moviéndole muy despacio. Estimúlale a explorar el suelo, rodando y sintiendo todo alrededor cuando esté sentado. Anímale a apoyarse cuando le empujes, estando sentado. Esto le costará más tiempo aprenderlo si tiene poca visión.

Uso de las manos Guía sus brazos y sus manos. Estimúlale a que explore el rostro de la madre y su propio cuerpo. Tócale con un juguete en el dorso de la mano y espera que lo encuentre y lo sujete.

Hacer que las cosas las vean más fácilmente: Acerca más el objeto o acércale al objeto. Elige un juguete más grande. Elige un juguete más brillante y/o más luminoso. Asegúrate que el juguete se mueve lo suficientemente lento para que pueda seguirlo con la mirada.

Haz que juegue con objetos que sean agradables al tacto y al olfato

Dificultades al oír: Ayúdale a que te oiga mejor cuando le hables. Tócale la cara para llamar su atención. Sitúate en frente de él con la luz en tu cara. Habla alto y claro, sin chillar. Usa palabras y gestos al mismo tiempo. Colócale de tal forma, que pueda concentrarse en escucharte

RECOMENDACIONES

El familiar del niño o el trabajador debe pedir ayuda si:

1.- El niño parece tener estos signos tempranos de Parálisis Cerebral:

- * Aparece rígido o flácido la mayoría del tiempo.
- * El desarrollo es más lento de lo esperado.
- * Sus movimientos parecen diferentes a los de los otros niños.

Para estar seguro de que el niño tiene Parálisis Cerebral llevarlo al fisiatra.

2.- El niño tiene uno o más de estos problemas que se presentan en la parálisis cerebral:

- * Tiene dificultad para ver, no es capaz de seguir los movimientos de los objetos a los 3 meses de edad.
- * Tiene estrabismo después de lo 6 meses de edad.
- * Tiene dificultad para oír, no es capaz de moverse cuando le llaman por su nombre a los 6 meses de edad.
- * Tiene ataques o convulsiones.

Llévale a un centro de salud u hospital para que se le realice un test de visión y de oído. Si las lesiones son confirmadas, el niño debe ser atendido por un medico especialista para que establezca la medicación que controle sus ataques y convulsiones. La familia seguirá todas las instrucciones del personal calificado.

3.- Si el progreso con el entrenamiento del niño es pobre puede ser por:

- * Los objetivos del entrenamiento son muy difíciles de conseguir.
- * Puede estar seriamente afectado para progresar rápidamente.
- * La familia puede ser incapaz de llevar a cabo el entrenamiento.

Lleve a un terapeuta físico u ocupacional para que le informe sobre los objetivos del entrenamiento y que se debe esperar del niño.

4.- Las contracturas están cada vez peor:

Se debe hacer movimientos activos, poner en buena posición y estiramientos pasivos. Puede necesitar correctores, escayolas o férulas para corregir ciertas posturas.



Ventana de reflexión

En mis sueños

Cada quien allá en mis sueños, es igual pero diferente a la vez, cada cual a su manera anda y nadie lo detiene. Por eso cuando despierto, te pido que abras mi camino y me aceptes como soy, en razón de justicia e igualdad y no de caridad.

En mis sueños, aunque no me muevo, vuelo por el cielo; aunque no escribo, creo historias de ensueño. Por eso cuando despierto te pido que me liberes de los límites del deber de tu cuidado, y que me ayudes a transformar en un ser útil porque yo también quiero sentirme realizado.

Cada quien allá en mis sueños se expresa como quiere, algunos solo piensan para que los otros entiendan, otros con sus gestos enamoran, algunos con una sola palabra cuentan su historia. Por eso cuando despierto te pido que abras tus oídos al grito de mis ojos, al susurro de mis labios y al llamado de mi rostro.

En mis sueños, nunca tengo miedo, soy el héroe de mi vida, mis armas son la sonrisa y la mirada, con ellas doblego a cualquiera. Por eso cuando despierto, te pido que creas en lo que hago y que me ayudes a no ser carga para nadie, y que en cambio de tener una triste sonrisa de miedo, me regales en tu sonrisa la luz de tu confianza.

Cada quien allá en mis sueños aprende de una forma diferente, unos lo hacen de prisa, otros se tardan un poco, pero eso no importa porque uno le enseña al otro. Por eso cuando despierto te pido que me esperes sin prisa y que ya no me mires con ansiedad, pues mis ilusiones las avasallas con tu incredulidad.

En mis sueños, no existe lo perfecto, pues así no habría nada que arreglar; no importa la diferencia, pues todo se ve lindo como está. Por eso cuando despierto te pido que no busques otro yo, pues dentro de este cuerpo está todo lo que soy.

Ahora que estoy despierto quisiera volver a soñar, para que cuando me despiertes con tu afecto mis sueños se hagan realidad.

"Por las personas capaces de entender que la diferencia nos complementa"

Sandra Molina



LEVANTAR Y CONTROLAR LA CABEZA



Para animar al niño/a a levantar la cabeza cuando está acostado boca abajo, llame la atención con un objeto brillante y que emita sonidos



Si no levanta la cabeza, empuje los músculos a cada lado de la columna, bajando la mano desde el cuello a la cadera.



Si se le dificulta el levantar la cabeza, por tener débiles los hombros o la espalda, puedes ayudarle poniendo algo bajo el pecho y los hombros.

MANERA CORRECTA E INCORRECTA DE ESTIMULAR



Agarre al niño o niña por debajo de los hombros y empiece levantándolo/a despacio hasta que la cabeza se incline un poco hacia atrás. Después acuéstelo otra vez.



No levante así al niño o niña si la cabeza le cuelga mucho.



Cargar de esta manera ayudara a desarrollar un buen control de la cabeza cuando esta boca abajo.

MOVIMIENTOS DE HOMBRO



Mobilización para evitar contracturas.

HOMBRO: Brazo hacia adelante, hacia arriba y abajo.



Mobilización para evitar contracturas.

HOMBRO: con el codo doblado voltee el antebrazo todo lo que de hacia atrás.



Mobilización para evitar contracturas.

HOMBRO: con el codo doblado voltee el antebrazo todo lo que de hacia adelante.



Movilización para evitar contracturas.

HOMBRO: estire y levante el brazo hacia un lado.



Movilización para evitar contracturas.

HOMBRO: cierre el brazo que se encuentre a un lado y repita el ejercicio.

MOVIMIENTOS DE CODO



Movilización para evitar contracturas.

CODO: estire codo, este ejercicio también puede realizarlo en posición sentada el niño/a.



Mobilización para evitar contracturas.

CODO: doble el codo para llevar la mano hacia el hombro.

MOVIMIENTOS DE MUÑECA



Mobilización para evitar contracturas.

MUÑECA: Doble la muñeca hacia adelante y hacia atrás.



Mobilización para evitar contracturas.

MUÑECA: Movimiento de circunducción hacia la derecha e izquierda.

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO EN BALON



Ejercicios de fortalecimiento de tronco, cuello y miembros superiores.



Ejercicios de fortalecimiento de tronco, cuello y miembros inferiores.



Movilización sobre balón para estimular el rolado y fortalecer el tronco,



Movilización sobre balón para fortalecer el tronco y favorecer la posición sedente.



Movilización sobre balón para fortalecer el tronco y favorecer la posición sedente.

TECNICAS DE RELAJACION



Ejercicios de relajación de miembros inferiores con movimientos rápidos de flexo extensión.



Estiramiento de miembros superiores e inferiores.



Posicionamiento para técnica de relajación de tronco o descontracturación de tronco.



Técnica de relajación de tronco y cuello con movimientos repetitivos hacia atrás y hacia adelante.



Movimiento de descontracturación de miembro superior derecho con movimientos rotatorios hacia adentro.



Movimiento de descontracturación de miembro superior izquierdo con movimientos rotatorios hacia adentro.



Técnica de descontracturación mediante rotación de tronco hacia la derecha con cuatro miembros flexionados.



Técnica de descontracturación mediante rotación de tronco hacia la izquierda con cuatro miembros flexionados.



Ejercicios de estiramiento de músculos anteriores y posteriores de cuello.



Aplicación de la técnica de Vojta volteo reflejo.



Aplicación de la técnica de Vojta, reptación refleja.



Aplicación de la técnica de Vojta, reptación refleja.



Ventana de reflexión

BIENAVENTURANZAS

Bienaventurados los que comprenden
Mi extraño paso al caminar y mis
Manos torpes.

Bienaventurados los que saben
Que mis oídos tienen que esforzarse
Para comprender lo que oyen.

Bienaventurados los que miran,
Pero no se fijan en la comida que
Dejo caer fuera del plato.

Bienaventurados los que
Con una sonrisa en los labios
Me estimulan a tratar una vez más.

Bienaventurados los que nunca
Me recuerdan que hoy hice dos veces
La misma pregunta.

Bienaventurados los que comprenden
Que me es difícil convertir en palabras
Mis pensamientos.

Bienaventurados los que me escuchan
Pues yo también tengo algo que decir.

Bienaventurados los que saben lo
Que siente mi corazón aunque no
Pueda expresárselo.

Bienaventurados los que me respetan
y aman como soy, tan solo como soy,
y no como ellos quisieran que fuera.

Amén
Don Orione

GUÍA DE ATENCIÓN TEMPRANA
A NIÑOS/AS CON
DESÓRDENES NEUROLÓGICOS



***UNIVERSIDAD TÉCNICA
PARTICULAR DE LOJA***

HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA

Autora: Germania Miranda Hidalgo

2012

TRANSTORNOS NEUROLÓGICOS

Paciente neurológico: Aquel que ha sufrido un daño en el Sistema Nervioso Central y como consecuencia tiene una alteración del movimiento normal.

Patologías

- Ataxia/ síndrome cerebeloso
- T.C.E
- Tumores cerebrales
- Lesiones medulares
- Guillan-Barré
- Distrofias musculares.
- Insuficiencia Motora de Origen Cerebral (PCI)

Síntomas:

- Hemiparesia / hemiplejia
- Paraplejia
- Tetraplejia
- Alteraciones del equilibrio
- Alteraciones del tono
- Descoordinación de los movimientos.

Técnicas de tratamiento

- Bobath
- Kabat
- Perfetti/ ejercicio terapéutico cognoscitivo
- Feldenkrais
- Control motor (motor learning)...
- Vojta

CONCEPTO BOBATH

Se desarrolló en los años 40. Sus creadores fueron Berta y Karel Bobath. Trabajaron con niños con PCI, y con adultos especialmente con hemiplejía. Actualmente aplicamos este concepto a niños y adultos con trastornos sensoriomotrices de origen cerebro espinal:

- TCE
- Ictus, infartos cerebrales
- Paraparesias, Tetraparesias
- Sclerosis Múltiples
- Ataxias
- Parkinson

Es una aproximación para solucionar problemas, mediante el reconocimiento, evaluación y tratamiento de personas con un trastorno de función, movimiento y tono, debido a una lesión del SNC, en el que participan los miembros del equipo interdisciplinar.

En resumen: Tratar a la persona en conjunto, la globalidad de factores que le caracteriza y remitirlo al profesional adecuado. El objetivo del paciente es la independencia.

Objetivo de nuestro tratamiento

- Mejorar las AVD que están formadas por movimientos.
- Realizar una cierta cantidad de movimientos pero hechos con calidad.
- Moverse lo más normal posible.

EL MOVIMIENTO

Movimiento = desplazamiento de peso

Movimiento normal = postura normal

Postura = movimiento con amplitud pequeña.

POSTURA = MOVIMIENTO

Definición

- Es una respuesta del S.N. a un estímulo que ha sido procesado.
- Es una respuesta a una idea, pensamiento o sensación
- Es la respuesta del Mecanismo de Control postural normal

Características del Movimiento Normal:

- Dirigido a un objetivo.
- Económico.
- Adaptado.
- Coordinado:
- En el tiempo
- En el espacio

Tipos de movimientos

- **Voluntario:** a través de una orden consciente
- **Automático:** no se puede enseñar voluntariamente
- **Automatizado:** se aprende y con la repetición se automatiza

Los cinco principios Bobath

- Simetría
- Alineación
- Tono
- Inervación recíproca
- Base de apoyo / sustentación

TÉCNICAS PARA PACIENTES NEUROLÓGICOS

1. MÉTODO FELDENKRAIS

(Moshé Feldenkrais Ucrania 1904-1982) Estudió ingeniería y física en la Sorbona de París. 1940 desarrolla su método y escribe varios libros sobre el movimiento. Muy interesado en la relación de sensación y movimiento.

Método:

- Educación somática.
- Ejercicios de toma de conciencia a través del movimiento.
- Despiertan al S,N para mejorar y reorganizar el movimiento y la postura.
- Secuencias de movimientos que ejercitan algún aspecto de la función motora.

Secuencias de movimiento que creó basándose en la que realizan los niños en su evolución.

Modalidades:

• Autoconciencia para el movimiento:

- Secuencias de movimiento a través de órdenes verbales.
- El paciente toma conciencia del cuerpo y como se mueve, aprende a sentir.
- Gran importancia la atención.
- Son sesiones grupales.

• Integración funcional:

- Terapeuta utiliza su propio movimiento para que el paciente sienta el suyo.
- Lentamente mejorarlo y ampliarlo.
- Son sesiones individuales

2. EJERCICIO TERAPÉUTICO COGNOSCITIVO PERFETTI.

Carlo Perfetti: neurólogo italiano desarrolló su método en 1970

- Combina atención, memoria y vista para realizar un ejercicio.
- Estos consiguen una potenciación y reorganización del SN.
- Ejercicios cada vez con mayor dificultad perceptiva
- Ejercicios en los que hay una fragmentación del cuerpo.
- Ejercicios divididos en 1º, 2º y 3º grado.

Ejercicios de 1º grado

Paciente tiene que controlar:

- La reacción anormal al estiramiento (resistencia a la extensión).
- Irradiaciones patológicas. (Orden y activación de los grupos musculares).

Producen esquemas sinérgicos. Movimiento pasivo.

Paciente ojos cerrados. Terapeuta guía el segmento corporal.

Ejercicios de 2º grado

- Hay reclutamiento muscular.
- Reconocimiento cenestésico y sensibilidad.
- Controlar las irradiaciones a través del movimiento voluntario.

Ejercicios de 3º grado

- Aumento del reclutamiento motor
- Ojos cerrados, realiza secuencia motora.
- Aprende a adaptar el movimiento activo (con la fuerza necesaria y la dirección correcta)
- Debe controlar todas las irradiaciones.

3. CONTROL MOTOR (MOTOR LEARNING)

Conjunto de ideas abstractas sobre la naturaleza y causa del movimiento.

- Se basa en un modelo teórico de cómo el ser humano aprende el movimiento.
- Desarrollo de la percepción para mejorar el movimiento.
- Gran importancia de la mano.
- En mano percepción y movimiento están muy unidos. Utilización en muchas AVD.
- Paciente motivado y atento (excluye pacientes con alteraciones de la conciencia).
- Requisitos pacientes:
 - Que tenga equilibrio
 - Continente
 - Expresar y comprender el lenguaje.
- A través de órdenes verbales se explica como realizar el movimiento. Con poco o ningún contacto de las manos del terapeuta.
- Se repite el movimiento hasta que no cambie la forma de ejecutarlo (no utilizan variabilidad en el movimiento).
- La prioridad es conseguir la meta, no como se consigue.
- No acepta limitaciones (ayudas externas)
- No utiliza la facilitación.

4. FACILITACIÓN NEUROMUSCULAR PROPIOCEPTIVA (KABAT)

- Técnica desarrollada según los trabajos de Hernán Kabat y Miss Margaret Knott.
- Basada en patrones de movimiento en diagonal y espiral. Que incluyen flexión y extensión, rotaciones internas y externas, y abducción y aducción. Realizando

desplazamiento axiales y angulares. “las terminaciones nerviosas de los músculos, huesos, articulaciones, ligamentos producen una serie de reflejos miotáticos que gobiernan la acción de los músculos”

- **Contactos manuales** entre paciente y terapeuta, para dirigir correctamente el movimiento, y producir propiocepción.
- **Estimulaciones auditivas:** tire, relaje, empuje, sostenga.
- **Tracciones:** separar superficies articulares y mejorar el movimiento.
- **Coaptaciones:** comprimir superficies articulares, que favorecen la estabilidad de las extremidades y el equilibrio.
- **Estiramiento:** mejora la potencia muscular, cuando se aplica a un músculo en contracción.
- **Resistencia máxima:** estimular el máximo número de unidades motoras, e irradiar al músculo débil a partir de otros más fuertes.

PRINCIPALES PATOLOGIAS NEUROLOGICAS EN NIÑOS

ATAXIA

- Es un síntoma
- Viene del griego tasar
- Cerebelo tiene que tasar la distancia para coger un objeto.

CAUSAS

- Lesión periférica: poliradiculitis, polineuritis. Nervio periférico no envía información.
- Lesión de parte posterior de la Médula espinal: hernias discales, enfermedades degenerativas. Alteración de los tractos sensitivos (vías espinocerebelosas).
- Lesión del cerebelo:
 - Infarto cerebral
 - Traumatismos craneoencefálicos
 - Tumores
 - Esclerosis múltiple

- Abuso de medicamentos alcohol y drogas.
- Movimientos atáxicos debido a I.R. alterada: hemiparesias.

SÍNTOMAS DE LA ATAXIA

1. INERVACIÓN RECÍPROCA ALTERADA:

- No paresia
- Hipotonía: pueden reclutar unidades motoras, no problema de tono postural,
- Hipertonía en partes distales por compensación, no por problema neurológico.

2. DISMETRIA:

No puede tasar cuanto tono tiene que aumentar para realizar un movimiento

3. TEMBLOR INTENCIONAL:

- En reposo con el fin de mantener la postura
- Al final del movimiento con el fin de llegar con precisión.

4. DISARTRIA y PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN:

Falta de coordinación entre laringe, boca y sistema respiratorio. Vocalización confusa, habla lenta y monótona, farfulla.

5. NISTAGMA CEREBELOSO:

Temblor de globos oculares cuando se fijan ojos lateralmente. Ojos van lentamente, y vuelven rápidamente.

6. DISDIADOCOCINESIA o alteración en la progresión del movimiento:

El Sistema Nervioso no predice donde estarán las distintas partes del cuerpo durante la realización del movimiento. Eje. Pronosupinación.

PRUEBAS:

- Dedo-nariz (+)
- Dedo-dedo (+)
- Talón-rodilla (+)

Motricidad fina disminuida:

- Reacciones de equilibrio
- Reacciones de enderezamiento
- Movimientos de los dedos de la mano
- Movimientos finos de la boca y la lengua

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Normalización del tono postural

- Inhibición de la compensación
- Facilitación de tono postural normal, quiere decir con tono adaptado a la actividad.

Mejorar la Inervación recíproca

- Construcción de un punto de referencia (puntos estables)

Mejorar la coordinación temporal y espacial

Tratamiento:

- No aumentar área de apoyo, tampoco con las manos.
- Hablar en voz baja
- Elegir palabras adecuadas
- Trabajar lentamente, dar tiempo para la construcción de puntos de estabilidad antes de mover

Actividades en el tratamiento

- Facilitación de movimientos de la pelvis frente a paciente en supino.
- Facilitación de movimiento de las piernas frente a pelvis, y entre ellas en supino y sedestación.
- Trabajar el equilibrio en bipedestación: la pelvis se orienta a una camilla alta, el paciente se alinea respecto a la pelvis
 - Área de apoyo pequeña
 - Alineación de los pies

Cuidado: evitar compensaciones de cinturas escapulares y brazos.

- Secuencia temporal de las actividades
- Obtener la posición con Base de sustentación normal
- Disminuir la Base de sustentación poco a poco
- Desplazar el peso
 - Mirar en diferentes direcciones
 - Mover la cabeza en diferentes direcciones
 - Mover brazo/ ambos brazos en diferentes direcciones.
 - Mover todo el tronco (cabeza, cinturas escapulares y brazos) en diferentes direcciones.

Base de sustentación fija: Suelo, Silla, camilla.

Base de Sustentación móvil: Pelota grande, Tabla inclinada, Colchoneta doblada.

ICTUS

Alteración de los sistemas motores descendentes, como consecuencia de un accidente vascular (trombo / hemorragia), generalmente en la cápsula interna.

Se produce una parálisis en todo el hemicuerpo contralateral, y músculos faciales inferiores contralaterales. HEMIPARESIA O HEMIPLEJIA.

Inicio con fase hipotónica: en un adulto puede ser muy corta (días, horas).

Fase hipertónica o espástica:

- Aumento del tono postural
- Resistencia al movimiento pasivo
- Especialmente en músculos antigravitatorios.
- Reflejos miotáticos exagerados o hiperactivos

Síntomas

Perdida total o parcial de los movimientos voluntarios en las extremidades contralaterales.

Alteración del control postural alteración del equilibrio y la marcha.

Problemas neuropsicológicos (orientación espacial, concentración, apraxia...)

Problemas del lenguaje: afasia, disartria.

Tratamiento

- Tras una minuciosa evaluación, determinar:
 - Problema principal
 - Problemas secundarios
 - Tratamiento enfocado a nivel de participación, de estructura y función.

LESION MEDULAR

Lesión de las vías motoras descendentes y ascendentes a nivel de la médula espinal. Generalmente debidas a traumatismos o luxaciones de las vértebras

Causas

Más frecuente: accidentes de tráfico

- Accidentes por impacto.
- Accidentes vasculares
- Tumores medulares
- Enfermedades inflamatorias.

Tipos

- Parcial: preservación de algunas funciones motoras y sensitiva por debajo del nivel de la lesión.
- Total: sección completa de la médula espinal
 - Pérdida de todos los movimientos voluntarios de manera completa y permanente.
 - Pérdida de la sensibilidad de manera completa y permanente.
 - Abolición temporal de los reflejos (arreflexia)

Progresión en lesión total

- Estadio de shock: arreflexia por interrupción del control supraespinal. Persiste durante 1 a 6 semanas.
- Respuestas plantares extensoras, e hiperactividad de los reflejos.
- Espasticidad de las extremidades.
- Espasmos espontáneos y provocados cutáneamente.

Términos relacionados

- Cuadriplejía: sección por encima de C7. afectación en miembros superiores e inferiores.
- Paraplejía: sección por debajo de C8 En niveles superiores a C5 hay afectación de la respiración.

Síntomas

- Fuerte hipotonía: que puede evolucionar a una hipertonía, leve, moderada o severa.
- Anestesia o hipoestesia causada por la carencia del control inhibitorio puede desarrollara una hipersensibilidad.
- Incontinencia esfinteriana: que puede ser controlable por el paciente.

Recomendaciones de tratamiento:

Normalización del tono postural. Normalización de la sensibilidad mediante movilizaciones específicas especialmente de los pies, Mejorar las distintas fases de la marcha, Indicaciones para el empleo de las ayudas técnicas (bastones, férulas, sillas de ruedas).

TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

- Generalmente por golpe en la cabeza causada por accidente de automóvil, moto, bicicleta...
- Lesión cerebral homolateral al impactar la cabeza sobre una superficie dura, y contralateral por el contragolpe.
- Lesión difusa en el tronco del encéfalo.

Lesiones cerebrales

- Daño cerebral directo por magulladuras.
- Lesión isquémica por hemorragia.
- Presión intracraneal por edema y hemorragia.
- SNC realiza solo funciones basales: necesidad de cuidados intensivos (respiración asistida, nutrición artificial).

Principales síntomas

Sensibilidad anormal: hipersensibilidad plantar, palmar, facial y en la espalda.
Hiposensibilidad en otras zonas.

Tratamiento:

Desensibilización de las zonas afectadas y estimulación específica para mejorar la receptividad.

- Tono postural anormal:
 - Hipotonía
 - Hipertonía
 - Disartria.

Tratamiento:

- Estimulación e inhibición específica, para el aumento de tono, y la disminución.
- Tratamiento del tracto facio-oral.
- Inervación recíproca anormal: trastornos atáxicos del movimiento
- Tratamiento: mejorar todos los aspectos de la inervación recíproca.
- Coordinación anormal de los patrones de movimiento.
- Tratamiento: normalización de la coordinación espacial y temporal.

Síntomas neuropsicológicos

- Trastornos de la memoria
- Trastornos de la concentración
- Trastornos de la orientación espacial y temporal.
- Apraxia: alteración de la planificación y ejecución de acciones.
- Alteraciones del comportamiento: agresivo, desinhibido, grosero...
- Tratamiento: psicológico y neuropsicológico específico.
- Colaboración entre los distintos profesionales y la familia.

PROTOSCOLOS DE ATENCIÒN TEMPRANA

PLAN DE TRATAMIENTO: 1

Cinesiterapia Pasiva – Estiramientos.

- 1.- Mantener los recorridos articulares.
- 2.- Elongar tejidos blandos como cápsulas, ligamentos, tendones, bolsas...
- 3.- Evitar o retrasar en la medida de lo posible las deformidades que puedan aparecer.
- 4.- Reducir la espasticidad.
- 5.- Incrementar la elasticidad muscular.

Cinesiterapia Activa – Asistida. Tonificación Muscular.

- 1.- Mantener los recorridos articulares.
- 2.- Favorecer la circulación de retorno.
- 3.- Incrementar el tono de la musculatura débil.
- 4.- Estimular la maduración de hitos motores: sostén cefálico, volteos, arrastre, cuadrupedia, posición de rodillas, bipedestación, marcha.
- 5.- Facilitar la adquisición de las reacciones de enderezamiento y equilibrio.
- 6.- Facilitar la maduración de las reacciones de apoyo y defensa.

Ejercicios Cenestésicos.

- 1.- Favorecer la percepción de sensaciones vestibulares.
- 2.- Potenciar la realización de ajustes posturales.
- 3.- Estimular la maduración de las reacciones de equilibrio tanto estático como dinámico.

Higiene Respiratoria.

- 1.- Mejorar la capacidad ventilatoria.
- 2.- Eliminar el acúmulo de secreciones tanto de las vías superiores como inferiores.

3.- Fortalecer la musculatura tanto inspiratoria como espiratoria.

4.- Mejorar la permeabilidad de las vías respiratorias.

Psicomotricidad Elemental.

1.- Atender y ejecutar órdenes de cambios posicionales.

2.- Entrenar el cese de la actividad a petición del profesional.

3.- Fomentar comportamientos más sociables y de relación.

4.- Mejorar el equilibrio dinámico.

5.- Desarrollar la coordinación.

Psicomotricidad Avanzada.

1.- Desarrollo de la coordinación dinámica:

- Coordinación Global.
- Coordinación Viso-manual.
- Coordinación Dinámica de las manos.
- Coordinación Facial. Organización Gestual.
- Coordinación Ojo-pie.

2.- Control de la postura y equilibrio estático.

3.- Equilibrio dinámico. Desplazamientos.

4.- Organización témporo- espacial.

• Higiene Postural.

1.- Retrasar el avance de las deformidades músculo-esqueléticas.

2.- Favorecer la realización de apoyos, enderezamiento de tronco y cabeza.

3.- Potenciar la realización de ajustes posturales.

4.- Disminuir la espasticidad

PLAN DE TRATAMIENTO 2

EJERCICIOS CINESTÉSICOS

VESTIBULARES

- Volteretas en colchoneta.
- Balanceos y botes en el balón de Bobath (sentados, arrodillados).

AJUSTES POSTURALES

- En pelota de Bobath.
- En (rodillos)

(Los disequilibrios se podrán realizar en el sentido antero-posterior y lateral. Se utilizarán diferentes tipos de ayudas: en cintura escapular, pélvica y miembros superiores e inferiores).

- Transferencias de peso en posición cuadrúpeda, de rodillas y en bipedestación.

CINESITERAPIA PASIVA. ESTIRAMIENTOS

- Movilizaciones analíticas de las articulaciones principales.
- Movilizaciones globales de miembros superiores, inferiores, columna.
- Estiramientos suaves y mantenidos (sin rebotes) de los músculos acortados.

CINESITERAPIA ACTIVA ASISTIDA. TONIFICACIÓN MUSCULAR

TONIFICACIÓN

- Erectores Dorsales.
- Abdominales.
- Glúteos.
- Cuádriceps.
- Peroneos.
- Flexores Plantares.
- Abductores.

Volteos:

- Facilitar el volteo de supino a prono usando el timón cefálico, caudal y de miembros superiores
- Facilitar el volteo de prono a supino utilizando el timón cefálico, caudal y de miembros superiores.

Reptación: En prono y en supino dándole apoyos en los pies y facilitando que los miembros superiores no queden rezagados.

Sedestación: Paso de decúbito a sedestación.

Mantenimiento en sedestación:

En moro

En conejo.

Sobre talones.

En suelo con piernas abiertas.

Libre.

Gateo: Paso de decúbito a cuadrupedia.

Paso de sedestación a cuadrupedia.

Mantenimiento en cuadrupedia.

Gateo con ayudas.

Gateo libre.

Posición de Rodillas: Paso a la posición de rodillas.

Mantenimiento en la posición de rodillas.

Marcha de rodillas.

Bipedestación: Paso a bipedestación.

Mantenimiento en bipedestación.

Bipedestación libre.

Marcha: Marcha con ayudas estables.

Marcha con ayudas inestables.

Marcha con andador

Marcha libre.

Marcha lateral con o sin ayudas.

Marcha posterior con o sin ayudas.

Subir y bajar escaleras: Con ayuda o sin ella.

Con o sin alternancia.

ADQUISICIÓN DE LAS REACCIONES DE ENDEREZAMIENTO Y EQUILIBRIO

- Enderezamiento de tronco: - En prono sobre una cuña
- En prono con apoyo de antebrazos.
- En prono traccionando desde los hombros.
- En physioball.
- En sedestación con apoyos.
- En cuadrupedia asistida.
- Desequilibrios laterales en physioball basculante y en ambos decúbitos.
- Desequilibrios de tronco en sedestación.

REACCIONES DE APOYO Y DEFENSA

- Potenciar las reacciones de paracaídas.
- En sedestación trabajar los apoyos anteriores, laterales y posteriores.

HIGIENE RESPIRATORIA

CAPACIDAD VENTILATORIA

- Estiramientos de la parrilla costal.
- Compresiones moderadas, manuales y mantenidas sobre la caja torácica.

ELIMINAR SECRECIONES

- Clapping.
- Presión sobre el punto tusígeno bulbar.

TONIFICAR LA MUSCULATURA VENTILATORIA

- Diafragma.
- Compresiones moderadas, manuales y mantenidas sobre la caja torácica.

REACCIONES DE ENDEREZAMIENTO Y EQUILIBRIO

- Enderezamiento del tronco y erectores de nuca desde suspensión ventral y en sedestación.

- Ejercicios de equilibrio de tronco:

-En decúbito supino realizar balanceos de derecha a izquierda (con las piernas abiertas en mis caderas)

-Rotaciones de tronco creando desequilibrios desde miembros inferiores o superiores.

EJERCICIOS DE EQUILIBRIO

- Mantener equilibrio en cuadrupedia sobre la colchoneta.

- Mantener el equilibrio arrodillado sobre la colchoneta.

- Equilibrio de tronco.

-En decúbito supino realizar balanceos de derecha a izquierda (con las piernas abiertas en mis caderas).

-Rotaciones de tronco creando desequilibrios desde miembros inferiores o superiores.

- Realizar marcha sin ayuda.

- Realizar marcha posterior con ayuda

- Realizar marcha lateral con ayuda. Le cuesta más de izquierda a derecha.

ESTIRAMIENTOS. DISMINUIR LA ESPASTICIDAD

- Inhibir con posturas flexoras la tendencia al patrón extensor.
- Proporcionar sensaciones cinestésicas.
- Movilizaciones pasivas de las extremidades.
- Estiramientos. Tracciones

MOVILIZACIONES ACTIVAS ASISTIDAS. COORDINACIÓN DE MOVIMIENTOS

- Alternancia de miembros superiores e inferiores en ambos decúbitos con las ayudas que precise.

CONTROL POSTURAL

- Entrenar el paso de decúbito supino a prono y viceversa.
- Pasar a la vertical desde decúbito supino y viceversa.
- Pasar a la vertical desde decúbito prono y viceversa.

PLAN DE TRATAMIENTO 3

POSTURALES

Tarea realizada habitualmente, basándose en los programas de tratamiento de los niños.

- Los posturales más frecuentes.
- De sostén.
- Relax.

Tratamiento

- A la hora de aplicar los programas de tratamiento se tiene en cuenta la duración de la sesión que ronda los 20´ o 30 min. y las necesidades del niño.
- Para que resulte una exposición más genérica y práctica he clasificado a los niños en tres grupos:
- Atenciones Básicas (hipotónicas y espásticas).
- Cuidados de Mantenimiento y Potenciación.
- Habilidades Motrices.

Atenciones Básicas:

Sus sesiones de tratamiento consisten básicamente en:

Vojta

- Primero de Volteo.
- Primero de Reptación.

Masaje

- Activación de la Circulación de Retorno.
- Potenciación del Tránsito Intestinal.

Estiramientos

- Musculatura Acortada.
- Movilizaciones Pasivas Globales.

Cuidados de mantenimiento y potenciación:

Son aquellos niños que demuestran una afectación motora importante y que pese al tratamiento que han recibido en los primeros meses de vida, no se han podido apreciar grandes cambios objetivables. Sin embargo basándonos en la teoría de la

plasticidad neuronal insistimos en la potenciación y facilitación de la maduración de hitos motores básicos (Sostén cefálico, apoyos en prono, volteos, manipulación....)

En este grupo el tratamiento consiste básicamente en:

Cinesiterapia Pasiva

- Disociación de Cinturas.
- Estiramientos.
- Movilizaciones Pasivas Analíticas
- Movilizaciones Pasivas Globales.
- Potenciación de las Reacciones.

Cinesiterapia Activa Asistida

- Cambios de Postura.
- Fortalecimiento Muscular.
- Desplazamientos.

Habilidades Motoras:

En este grupo estarían los niños que tras el tratamiento se han podido objetivar progresos en su maduración. El tratamiento en estos niños está basado en:

Cinesiterapia Activas Asistidas

- Cambios de Postura.
- Fortalecimiento Muscular.
- Desplazamientos.

Cinesiterapia Activa Libre

- En Paralelas.
- Con Andador.

ATENCIÓN TEMPRANA

FICHA DE EXPLORACIÓN MOTRIZ

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Fecha:

Ficha de Exploración Motriz

- Se pone un objeto en la boca
- Apoya la cabeza y el pecho en los brazos cuando está decúbito prono.
- Sostiene la cabeza y el pecho erguidos apoyado en el brazo.
- Estando boca abajo, se voltea de lado y mantiene la posición un 50%.
- Se voltea boca arriba, estando boca abajo.
- Cuando está en decúbito prono se mueve hacia delante.
- Estando boca arriba se rueda a un costado.
- Se pone boca abajo estando boca arriba.
- Se sienta, cogiéndose de los dedos de un adulto.
- Se mantiene sentado.
- Suelta un objeto deliberadamente para alcanzar otro.
- Se sostiene de pie con un máximo apoyo.
- Gatea para obtener un objeto.
- Se sienta apoyándose solo.
- Estando sentado se coloca en la posición de gatear.
- Puede sentarse cuando está boca abajo.
- Se mece hacia atrás y hacia delante en la posición de gatear.
- Se pasa un objeto de una mano a la otra estando sentado.

- Se pone de rodillas.
- Se pone de pie apoyándose en algo.
- Usa la pinza para recoger algo.
- Gatea.
- Estira la mano para coger algo, cuando está en cuadrupedia.
- Se mantiene de pie solo.
- Aplauda.
- Camina con un mínimo apoyo.
- Trepa las escaleras gateando.
- Se pone de pie cuando está sentado.
- Hace rodar una pelota imitando a un adulto.
- Trepa a una silla de adulto, se voltea y se sienta.