

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

TEMA:

Estudio de Caso: Paciente de sexo femenino de 4 años y 6 meses de edad con anomalías en la marcha y de la movilidad, en el Hospital Roberto Gilbert Elizalde de la Ciudad de Guayaquil.

AUTORA:

Correa Ramírez, Ericka Edith

**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de:
LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA.**

REVISOR

Sierra Nieto, Víctor Hugo

Guayaquil, Ecuador

14 de marzo del 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente **componente práctico del examen complejo**, fue realizado en su totalidad por **Correa Ramírez Ericka Edith**, como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciada en Terapia Física**.

REVISOR

Sierra Nieto, Víctor Hugo

DIRECTOR DE LA CARRERA

Celi Mero, Martha Victoria

Guayaquil, a los 14 días del mes de marzo del año 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Correa Ramírez, Ericka Edith

DECLARO QUE:

El componente práctico del examen complejo, Estudio de Caso: Paciente de sexo femenino de 4 años y 6 meses de edad con anormalidades en la marcha y de la movilidad, en el Hospital Roberto Gilbert Elizalde de la Ciudad de Guayaquil, previo a la obtención del Título de Licenciada en Terapia Física, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 14 días del mes de marzo del año 2017

AUTORA

Correa Ramírez, Ericka Edith



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Correa Ramírez, Ericka Edith**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución el **componente práctico del examen completo Estudio de Caso: Paciente de sexo femenino de 4 años y 6 meses de edad con anomalías en la marcha y de la movilidad, en el Hospital Roberto Gilbert Elizalde de la Ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 14 días del mes de marzo del año 2017

AUTORA

Correa Ramírez, Ericka Edith

REPORTE URKUND

Microsoft Office Hogar x Correo - victor.sierra@cu x D26238447 - CORREA R: x

← → ↻ Es seguro | https://secure.orkund.com/view/26019885-676349-754486#q1bKLvYjYy1DEy1jEY1TGy1DE21DE2jvRkS5Mz8tMy0xOzEtOVbyODMwMTc11zQ1NQVic2Nzc5NaAA==

URKUND

Documento [CORREA RAMIREZ ERICKA \(EX COMPLEXIVO\).docx \(D26238447\)](#)

Presentado 2017-03-07 23:29 (-05:00)

Presentado por Victor Sierra Nieto (victor.sierra@cu.ucsg.edu.ec)

Recibido victor.sierra.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje CORREA RAMIREZ ERICKA (EX COMPLEXIVO) [Mostrar el mensaje completo](#)

5% de esta aprox. 12 páginas de documentos largos se componen de texto presente en 1 fuentes.

Lista de fuentes Bloques

Categoría	Enlace/nombre de archivo
Fuentes alternativas	COMPLEXIVO-COMPONENTE PRACTICO FINAL (MARIA REYES).docx
La fuente no se usa	

0 Advertencias. Reiniciar Exportar Compartir

1 Activo 63%

63% **Archivo de registro Urkund:** Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / CORREA RAMIREZ ERICKA ...
FACULTAD DE TECNOLOGIAS MEDICAS CARRERA DE TERAPIA FISICA

TEMA: Estudio de Caso: Rehabilitación física en paciente de sexo femenino de 66 años de edad con Reimplante de prótesis en rodilla derecha, Afiliada a la Junta de Beneficencia ubicado en calle Boloña en la ciudad de Guayaquil.

AUTOR: Correa Ramirez Ericka Edith

Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de: LICENCIADA EN TERAPIA FISICA.

REVISOR Econ. Victor Hugo Sierra Nieto
Guayaquil, Ecuador 2016

63% **FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS CARRERA DE TERAPIA FISICA**

TEMA: Estudio de Caso: Rehabilitación física en paciente de sexo femenino de 4 años y 6 meses de edad con anomalías en la marcha y de la movilidad, en el hospital Roberto Gilbert de la ciudad de Guayaquil.

AUTOR: Correa Ramirez Ericka Edith

Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de: LICENCIADA EN TERAPIA FISICA.

REVISOR Victor Hugo Sierra Nieto
Guayaquil, Ecuador 2017

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS CARRERA DE TERAPIA FISICA
CERTIFICACIÓN

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia y a cada uno de los docentes que tuve en el transcurso de la carrera por que brindaron sus conocimientos y nos ayudaron a prepararnos para ser unos excelentes profesionales y poder de esa manera ayudar a muchas personas que requieran de nuestros conocimientos, Y un agradecimiento especial para:

Lcda. Sheyla Villacres

Econ. Víctor Hugo Sierra Nieto.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mi familia mi madre que ha sido un pilar fundamental en mi carrera profesional, mi padre y mi hermana que me ayudo en todo momento para lograr esta meta en mi vida también a cada persona que presente este mismo caso puedan encontrar una guía obtener una excelente recuperación.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

JURADO AURIA, STALIN AUGUSTO
MIEMBRO I TRIBUNAL

f. _____

GALARZA ZAMBRANO, MONICA DEL ROCÍO
MIEMBRO II TRIBUNAL

f. _____

VILLACRÉS CAICEDO, SHEYLA ELIZABETH
MIEMBRO III TRIBUNAL

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁG.
AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VIII
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XII
INTRODUCCIÓN	2
1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	3
1.1. Identificación del Paciente	3
1.1.1. Anamnesis:	3
1.1.2. Antecedentes patológicos personales:	3
1.1.3. Antecedentes quirúrgicos personales:	3
1.1.4. Antecedentes patológicos familiares:.....	3
1.2. Motivo de Consulta:	3
1.3. Caracterización del Problema	4
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO	7
4. METAS Y OBJETIVOS	9
4.4. Expectativas del fisioterapeuta	10
4.5. Observaciones del fisioterapeuta.....	11
4.6. Recomendaciones del fisioterapeuta	11
5. MARCO TEÓRICO	12
5.1. Sistema nervioso	12
5.2. Definición de parálisis cerebral	12
5.3. Tipos de parálisis cerebral	13
5.3.1. Hemiparesia espástica.....	13
5.3.2. Cuadriparesia espástica.....	13
5.3.3. Parálisis cerebral atónica	13
5.3.4. Parálisis cerebral atáxica	13

5.4. Concepto de Encefalitis	13
5.4.1. Síntomas de Encefalitis.....	14
5.5. Tipos de Encefalitis.....	15
5.6. Encefalitis Viral	15
5.7. Técnica de Bobath	16
5.8. Método de Rood	16
6. DESARROLLO METODOLÓGICO	17
6.1. Metodología	17
6.2. Técnicas e Instrumentos.....	17
6.2.1. Técnicas.....	17
6.2.2. Instrumentos	17
7. PROPUESTA DE TRATAMIENTO	19
7.1. Prescripción Médica.....	19
7.2. Propuesta de Tratamiento Fisioterapéutico	19
8. BIBLIOGRAFÍA	21
9. ANEXOS.....	23

RESUMEN

Paciente de 4 años 6 meses de edad, de sexo femenino que presenta anomalías de la marcha y en la movilidad, ingresa al hospital del IESS de Milagro a los 3 años 11 meses por presentar fiebre, dolor estomacal, vómito y dificultad para respirar estuvo hospitalizada en el hospital por un día durante ese tiempo la niña presentó convulsiones que no fueron tratadas por falta de un especialista por lo cual decidieron transferir al hospital Roberto Gilbert en el trayecto de Milagro a Guayaquil la paciente solo fue con oxígeno mas no la entubaron, al llegar al hospital de Guayaquil fue ingresada a terapia intensiva donde se le realizaron exámenes con los cuales se diagnóstico una encefalitis viral , inmediatamente colocaron medicamentos anticonvulsivantes, la paciente estuvo inconsciente varios días estuvo totalmente inconsciente y sedada por dos días, al séptimo día abrió los ojos por completo y noveno día ya recobro la conciencia y la pasaron a sala. En la consulta con el neurólogo dijo que la falta de oxigenación ocasiono el daño motor y del lenguaje en la niña, Actualmente la paciente realiza terapia física, de lenguaje y ocupacional. En el área física ha recobrado gran movilidad gruesa, realiza marcha pero con mucha dificultad, ya que puede dar algunos pasos sin ayuda; en el área de lenguaje mejoró el habla aunque el tono de voz es muy bajo y en el área ocupacional se está trabajando coordinación (óculo-manual) y prensión. La paciente acude al hospital Roberto Gilbert al área física tres veces por semana (lunes, miércoles, viernes) al igual que el área de terapia ocupacional y al área de lenguaje dos veces por semana (martes y jueves) de manera constante desde que estaba en sala hasta la actualidad, lo que ha facilitado la recuperación y el buen progreso con sus movimientos y su desarrollo que ha mejorado en un 60%.

PALABRAS CLAVES: MARCHA; CONVULSIONES; ENCEFALITIS; MOTRICIDAD GRUESA; CEFÁLICO; NEUROLÓGICO.

ABSTRACT

Patient of 4 years 6 months of age, female that has anomalies of gait and mobility. enters the hospital of IESS located in Milagro at 3 years 11 months due to fever, stomach pain, vomiting and difficulty breathing she was hospitalized in the hospital for a day during that time the girl had seizures that they were not treated for lack of a specialist reason why they decided to transfer to the hospital Roberto Gilbert on the way to Guayaquil the patient was only with oxygen but not intubated, When arriving at the hospital of Guayaquil was admitted to intensive therapy where they were carried out examinations with which a viral encephalitis was diagnosed immediately placed anticonvulsant drugs, the patient was unconscious for several days was totally unconscious and sedated for 2 days, on the seventh day she opened her eyes completely and on the ninth day she regained consciousness and passed her into the room. In the consultation with the neurologist said that the lack of oxygenation caused motor and language damage in the girl, currently the patient performs physical, speech and occupational therapy. In the physical area has recovered great gross mobility, performs gait but with great difficulty, since it can take some steps without help; in the area of language improved speech although the tone of voice is very low and in the occupational area is working coordination (manual oculus) and grasping. The patient visits the Roberto Gilbert Hospital three times a week (Monday, Wednesday, Friday) as well as the Occupational Therapy area and the language area twice a week (Tuesdays and Thursdays) steadily since it was in the room until today, which has facilitated recovery and good progress with their movements and development which has improved by 60%.

KEY WORDS: GAIT; SEIZURES, ENCEPHALITIS; GROSS MOBILITY; CEPHALIC; NEUROLOGICAL.

INTRODUCCIÓN

Paciente de sexo femenino de 4 años y 6 meses de edad con anomalías en la marcha y de la movilidad, en el hospital Roberto Gilbert de la ciudad de Guayaquil.

Paciente ingreso al hospital del IESS de Milagro en el mes de agosto con dolor de estómago, fiebre y vómito; es ingresada a la sala de UCI y estuvo hasta el día siguiente, durante la madrugada presentó cuadros de convulsión (6 veces), fue trasladada al hospital Roberto Gilbert de Guayaquil donde se realizaron exámenes y estudios de LCR sin alteraciones TAC y RMN de cerebro imágenes talámicas compatibles con encefalitis y fue ingresada a terapia intensiva.

Ha evolucionado favorablemente ya que presenta una marcha independiente pero con apoyo, realiza movimientos con dificultad debido a la debilidad muscular generalizada, se ha recuperado de manera positiva en un 60%.

La niña colabora con la fisioterapeuta la cual trabaja elongaciones, fortalecimiento muscular, equilibrio y marcha, en su recuperación se han logrado avances significativos, se cuenta con la colaboración de su familia no solo en las terapias sino también en casa, lo que es vital para obtener una mejor rehabilitación. La paciente acude a su institución educativa con normalidad lo cual eleva su ánimo al rodearse de más niños y poder jugar.

El presente proyecto se justifica en este particular caso clínico con el fin de adquirir conocimientos y práctica para lograr una mejor carrera profesional de terapeuta físico. Para lograr un beneficio no solo en la paciente sino a todas las personas que pasen por casos de encefalitis y también poder aportar a los demás terapeutas con el fin de lograr un mejor plan de tratamiento que logre una buena rehabilitación en pacientes.

1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

1.1 Identificación del Paciente

1.1.1 Anamnesis:

Nombres: Doménica Zarahi

Apellidos: Mayorga Mora

Edad: 4 años 6 meses

Sexo: F

Lugar de Nacimiento: Milagro

Lugar de Residencia: Milagro

Estado Civil: soltera

Hijos: ninguno

Raza: Mestizo

Ocupación: estudiante de primaria

Tipo de Sangre: O positivo

Estatura: 105cm **PESO:** 15kg **IMC:** 13.61

1.1.2 Antecedentes patológicos personales:

Encefalitis, convulsiones

1.1.3 Antecedentes quirúrgicos personales:

Ninguno

1.1.4 Antecedentes patológicos familiares:

Apendicitis.

1.2 Motivo de Consulta:

La Paciente ingresó por fiebre, dolor estomacal vómito y dificultad en la respiración un cuadro de encefalitis viral.

1.3 Caracterización del Problema

Madre del paciente refiere que la niña estaba sana y que de un momento a otro manifestó dolor de estómago, fiebre y dificultad para respirar, su mamá le dio paracetamol y al ver que no disminuía el dolor ni la fiebre decidió llevarla al hospital colocando paños húmedos en la frente y abdomen con lo que ayudo a bajar un poco la temperatura momentáneamente porque al llegar al hospital midió la temperatura y estaba en 40 grados y al llegar al hospital vomitó (aspecto baboso y con un aspecto de sangre) motivo por el cual la internaron y convulsionó durante la madrugada de ese día que no fueron tratadas a tiempo por falta de especialista entonces la trasladaron en ambulancia al Hospital Roberto Gilbert.

En trayecto la paciente fue con oxígeno mas no la entubaron, la ingresaron a terapia intensiva y realizaron exámenes de LCR sin alteraciones TAC y RMN dónde se diagnosticó encefalitis y explicaron a los familiares que no daban esperanza de vida porque la niña llegó en un estado crítico, a los 4 días después de la administración de medicamentos reacciono poco a poco primero abrió los ojos un poco hasta que ya despertó por completo, aunque por su cuadro clínico la paciente perdió la función voluntaria de sus músculos y de la ejecución de los movimientos en general.

La niña presenta un cuadro de temblor en miembros superiores que se exagera cuando se levanta, se avergüenza o se asusta o esta con alguien que no conoce lo que impide que tenga una buena coordinación en los movimientos.

En la actualidad la niña asiste a terapia de lenguaje ocupacional y física, en esta última área se trabaja elongaciones, fortalecimiento muscular y se trabaja sobre la marcha y el equilibrio.

Se mantiene con medicamentos (fenitoina, amoxicilina) y el doctor la ve una vez por mes en cuanto al cuadro presentado se mantiene controlada no ha presentado convulsiones, más bien se encuentra progresando en sus actividades buscando independencia en las áreas afectadas y la constancia en las terapias ha logrado un buen avance en cuanto a sus movimientos y su comunicación.

2. JUSTIFICACIÓN

La realización del estudio de caso es importante porque no siempre se manifiesta de la misma manera, presenta diferentes consecuencias en cada caso existente. La terapia física tiene entre sus objetivos mejorar la calidad de vida de las personas y alcanzar un grado de independencia para lograr una inclusión en la sociedad.

Los seres humanos necesitan sentir de una u otra manera la aceptación de la sociedad y que se sientan relacionados con su entorno, al igual que los pacientes, el terapeuta físico debe obtener resultados de manera positiva en los pacientes para su crecimiento como profesional y persona.

De esta forma podemos ayudar brindando el bienestar de una persona, sino del paciente y sus familiares, del equipo multidisciplinario que forma parte del tratamiento que realiza el paciente y del crecimiento de la carrera como tal.

Personalmente considero que este trabajo me ha servido para recordar técnicas de evaluación y poder desarrollar bien una historia clínica y sé que me servirá durante mi desempeño profesional.

3. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Revisión por sistemas

Órganos de los sentidos: normal.

Respiratorio: normal.

Cardiovascular: normal.

Digestivo: normal.

Genital: normal.

Urinario: normal.

Músculo esquelético: anormal. Temblor generalizado

Endocrino: normal.

Hemo-linfático: normal.

Neurológico: normal.

Lenguaje: tono apagado

Examen físico:

Signos vitales: normales

Examen físico por regiones:

Piel y faneras: Normal.

CABEZA

Cabeza: Normal.

Ojos: Normal.

Nariz: Normal.

Boca: Normal.

Oro Faringe: Normal.

Cuello: Normal.

TORAX

Axilas y mamas: Normal.

Tórax: Normal.

Abdomen: Normal.

COLUMNA (Test de Adams)

Columna vertebral: Normal.

PELVIS

Ingle-periné: Normal.

Genitales: Normal.

EXTREMIDAD (Test de Ashworth)

Miembros superiores: Clonus, tono muscular mixto

Miembros inferiores: Anormal, tono muscular mixto.

Motricidad Gruesa: se encuentran alteraciones al realizar movimientos de manera dependiente y con normalidad debido a la hipotonía establecida en los músculos.

Motricidad Fina: no se pueden realizar actividades normales como cepillarse los dientes, peinarse y escribir de manera normal sino con dificultad.

Marcha: se encuentra una marcha inestable debido a su lesión cerebral por lo que debemos recuperar la estabilidad que se afectó en el momento de la parálisis cerebral.

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO: Parálisis cerebral mixta: Limitación funcional en movimientos y de la marcha.

4. METAS Y OBJETIVOS

En esta fase se ha fijado las siguientes metas:

- Lograr un control total del tronco
- Lograr disminuir la inseguridad a la marcha para que realice una marcha independiente.
- Lograr giros de cabeza con más seguridad
- Lograr la utilización de sus manos sin temblores y que pueda desarrollar una buena pinza fina.

En base a la edad y el estilo de vida del paciente se han puesto los objetivos a conseguir.

Corto Plazo

- Lograr una estabilidad y un control total en el tronco y miembros inferiores
- Trabajar la coordinación en manos a través de desarrollo de actividades óculo – manual, por ejemplo (pasar de una mano a la otra un balón pequeño)
- Mejorar el tono muscular de cuádriceps y gemelo en miembros inferiores

Mediano Plazo

- Mejorar la coordinación de la marcha realizando, caminata por la rampa sin ayuda y con apoyo para que adquiriera confianza en sí misma.
- Fortalecer los miembros inferiores y superiores, mediante la técnica de Rood usando golpeteos, cepillados y vibraciones.
- Mantener arcos y movilidad articular.

Largo Plazo

- Lograr los movimientos de manera normal en miembros superiores e inferiores (pueda vestirse sola, correr, escribir etc.)
- Conseguir una deambulación independiente

4.4 Expectativas del fisioterapeuta

Cumplir con los objetivos ya establecidos a corto, mediano y largo plazo. Además poder lograr independencia en el paciente y mejorar la calidad de vida del mismo. Al mejorar la funcionalidad del paciente aumentamos el grado de independencia y al aumentar la independencia mejoramos la calidad de vida. Por lo consiguiente ayudamos al estado emocional del paciente que influye en su vida escolar.

4.5 Observaciones del fisioterapeuta

Es importante el correcto manejo del paciente en relación a la patología que presenta es esencial para que los objetivos se cumplan. Si en un momento determinado alguna parte del tratamiento llegase a ser contraproducente se debe eliminar esa parte del tratamiento y establecer uno nuevo que favorezca al paciente.

4.6 Recomendaciones del fisioterapeuta

Personalmente recomiendo la utilización de agentes físicos en mi opinión el calor y el frío según sea necesario para estimular una zona o movimiento. Utilizando la técnica de Margaret Rood como la estimulación con el frío, el cepillado, el golpeteo rápido y estiramientos.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Sistema nervioso

El sistema nervioso puede infectarse por diferentes microorganismos, incluyendo bacterias, virus, hongos, protozoos y helmintos. El sistema nervioso central (SNC) puede ser invadido a partir de un foco infeccioso cercano, por vía hematógica siguiendo trayectos nerviosos, o bien mediante los sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo (LCR) (Mateos & Porta, 2014).

El sistema nervioso se encuentra vulnerable a toda clase de patologías y dependerá de qué clase de virus o bacterias ingrese para ver las manifestaciones sintomáticas y las consecuencias que dejara esa afectación.

5.2 Definición de parálisis cerebral

En la actualidad existe un consenso en considerar la parálisis cerebral (PC) como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura, causantes de limitación de la actividad, que son atribuidos a una agresión no progresiva sobre un cerebro en desarrollo, en la época fetal o primeros años. El trastorno motor de la PC con frecuencia se acompaña de trastornos sensoriales, cognitivos, de la comunicación, perceptivos y/o de conducta, y/o por epilepsia (Póo, 2008).

La parálisis cerebral se puede presentar como lo indica en el concepto ya mencionado por algún problema fetal o por motivos patológicos después de embarazo como es el caso de mi paciente que su parálisis cerebral se produce por una encefalitis viral.

5.3 Tipos de parálisis cerebral

5.3.1 Hemiparesia espástica

Alteración motora unilateral. Puede ser congénita o adquirida. En los casos congénitos, cuando la lesión causal se produjo del nacimiento (Malagon, 2007).

5.3.2 Cuadriparesia espástica

Se presenta por lo regular en recién nacidos de término con bajo peso para su edad gestacional; es la más grave y representa entre un 10 a 40% de las PC. En la mayoría de los casos son por problemas prenatales, aunque también se presenta por causas perinatales y postnatales (Malagon, 2007).

5.3.3 Parálisis cerebral atónica

La manifestación es de una hipotonía generalizada, con reflejos aumentados, con marcada debilidad de los miembros inferiores y mejor fuerza en los superior (Malagon, 2007).

5.3.4 Parálisis cerebral atáxica

La mayoría de los casos de este tipo de PC se considera congénita, aunque las manifestaciones clínicas aparecen alrededor del año de edad, cuando el niño inicia la deambulación (Malagon, 2007).

5.4 Concepto de Encefalitis

Son infecciones del parenquima cerebral que se producen como complicación de una infección bacteriana sistémica. Los agentes bacterianos más habituales son *Mycoplasma pneumoniae*, *Listeria monocitogenes* y el agente de la enfermedad de los legionarios. Otras encefalitis bacterianas son la encefalitis por arañazo de gato y la brucelosis (Micheli & Fernandez, 2010).

La encefalitis por virus se presenta, de manera fundamental, en niños de 4 a 11 años. La evolución clínica habitual (80 a 90%) es leve y se caracteriza por cefalea, fiebre y vómitos durante los días uno a tres. Durante los días tres y cuatro se desarrolla somnolencia, cambios de conducta o convulsiones breves (Micheli, 2002).

Como la presenta en esta cita mi paciente se encuentra en el rango de edad mencionada pero lo que no se debe pasar por alto que incluso las personas adultas pueden presentar un caso de encefalitis y de forma más severa.

La encefalitis puede estar causada por una infección bacteriana y, más frecuentemente, por infecciones virales. Anualmente se informan varios miles de casos de encefalitis, pero realmente pueden producirse muchos más ya que los síntomas pueden ser leves o no existentes en la mayoría de los pacientes. Esta patología puede presentar a cualquier edad y de diferentes magnitudes puede ser leve causando episodios de convulsión pero sin llegar a causar grandes consecuencias y grave en la que se puede producir un estado de coma.

5.4.1 Síntomas de Encefalitis

Algunos pacientes pueden tener síntomas de un resfriado o de una infección estomacal antes de que los síntomas de encefalitis comiencen. Cuando esta infección no es muy grave, los síntomas pueden ser muy similares a los de otras enfermedades: Fiebre que no es muy alta, Dolor de cabeza leve y Baja energía e inapetencia (Adan, 2014).

Por la sintomatología que presenta la encefalitis es muy poco probable diagnosticarla sin hacer exámenes o chequeos pertinentes ya que su sintomatología es muy común tales como la fiebre la cefalea el malestar y el vómito por lo que es pertinente no hacer caso omiso cuando veamos estos síntomas es recomendable acudir donde un especialista para evitar que cause mayores molestias si no es tratada a tiempo.

5.5 Tipos de Encefalitis.

La encefalitis primaria (también llamada encefalitis viral aguda) está causada por una infección viral directa de la médula espinal y el cerebro. La infección puede ser focal (localizada solamente en un área) o difusa (localizada en muchas áreas diferentes). La encefalitis secundaria, también llamada encefalitis post-infecciosa, puede deberse a complicaciones de una infección viral actual. La encefalitis secundaria debida a una inmunización o infección viral anterior se conoce como encefalitis diseminada aguda. Esta enfermedad a menudo se produce 2 a 3 semanas después de la infección inicial (Mayland, 2017).

Como se menciona esta patología se puede manifestar de manera silenciosa o por motivo de algún problema viral ya presente en la persona por lo que es recomendable que cuidemos y sanemos de forma adecuada los problemas virales o bacterianos que se puedan presentar en algún momento con el fin de evitar alguna complicación como lo es la encefalitis porque esta podría causar molestias mucho mayores y dejar algún tipo de secuela teniendo presente que mientras mayor edad más severa es la manifestación de la patología.

5.6 Encefalitis Viral

La encefalitis viral típicamente consiste en una enfermedad febril aguda asociada con cefalea. Una alteración del nivel de conciencia desproporcionada en relación con la manifestación sistémica, trastornos de la conducta o el lenguaje y a menudo diversos signos neurológicos, como convulsiones o hemiparesia (Shoemaker, 2002).

La encefalitis es un proceso inflamatorio del sistema nervioso central, asociado a una evidencia clínica de una disfunción neurológica, debido a los múltiples agentes etiológicos, fundamentalmente virus (Navarro, González, & Santos, 2017).

La fiebre asociada a compromiso de conciencia y síntomas neurológicos es un desafío diagnóstico para el pediatra. Ante este tipo de cuadros se deben considerar, en primer lugar, las etiologías infecciosas seguidas de causas autoinmunes y post infecciosas. Clínicamente es difícil diferenciar entre las causas de meningitis y encefalitis, y es aquí donde cobra relevancia el diagnóstico microbiológico (Conca, Santolaya, & Farfan, 2016).

5.7 Técnica de Bobath

La idea clave del concepto bobath es la modificación de los promotores posturales anormales consecuencia de la propia lesión neurológica, ya que favorece un movimiento lo más cercano posible a la normalidad y de la forma más funcional (Bisbe, Santoyo, & Segarra, 2012).

5.8 Método de Rood

La fisioterapeuta estadounidense Margaret Rood desarrollo un método para conseguir un mayor control de movimiento voluntario y de la postura basado en las diferencias fisiológicas de las unidades esqueleto-motoras (Bisbe et al, 2012).

6. DESARROLLO METODOLÓGICO

6.1 Metodología

El método empleado fue la observación, recolección de información por medio de la historia clínica, La información que se obtuvo se incluirá para tener un control y poder cumplir así los objetivos planteados en el tratamiento y en el seguimiento de la evolución de la paciente.

6.2 Técnicas e Instrumentos

6.2.1 Técnicas

Observacional: Los términos observacionales son de reconocimiento directo por parte de un observador (Perez & Balmaceda, 2014).

Técnica que consiste en la visualización de hechos, respaldada generalmente por una lista que posee los principales criterios que se desean observar.

Entrevista: La entrevista es una técnica que, entre muchas otras, viene a satisfacer los requerimientos de interacción personal que la civilización ha originado (Acevo & Lopez, 1986).

Consiste en una conversación preparada y dinámica entre preguntas y respuestas abiertas.

6.2.2 Instrumentos

Test:

- Test de Adams sirve para poder observar la alineación de la columna
- Test de Ashworth sirve para observar el tono muscular y la respuesta del músculo.
- Escala de evaluación del desarrollo psicomotor de 0 a 5 años. (en la cual se pueden observar el desarrollo normal según la edad del niño).

- Historia clínica para niños. (Recolecta información básica para conocer la historia es decir como sucedió y como ha sido su evolución)
- Balón terapéutico
- Compresas frías
- Compresas calientes
- Bicicleta estática
- Cepillo

7. PROPUESTA DE TRATAMIENTO

7.1 Prescripción Médica

En la siguiente propuesta se detalla el tipo de rehabilitación física q recibe a diario la paciente indicado por el fisiatra que la recibió en el inicio de las terapias.

- Elongaciones
- Fortalecimiento muscular
- Equilibrio
- Reeduación en la marcha en paralelas.

7.2 Propuesta de Tratamiento Fisioterapéutico

En el estudio de este caso y observando el programa de rehabilitación que ha seguido la paciente recomendaría mantener los ejercicios y el tratamiento actual pero también recomendaría realizar:

Corto Plazo

- Aplicar agentes físicos como compresas frías y calientes.
- El calor a nivel de la cadena posterior de los miembros inferiores con el fin de relajar la musculatura.
- La fría en la cadena anterior de miembros superiores e inferiores implementando la técnica de Rood (estimulación con el frio).
- Aplicar la técnica de Bobath para inhibir patrones anormales con el fin de favorecer los movimientos que se quieren lograr.

Mediano Plazo

- Estirar flexores de codo, muñeca, dedos y tendón de Aquiles.
- Desarrollar la motricidad gruesa al subir y bajar escaleras.
- Trabajar la motricidad fina realizando actividades con pinza de ropa con cada dedo y colocarla en una tira de tela y mejorar la utilización de sus manos y dedos.

Largo Plazo

- Aumentar el tono y la fuerza muscular, utilizando la técnica de Facilitación neuromuscular propioceptiva (FNP)
- Actividades de andar en bicicleta
- Cambiar de posiciones de sentados al de pie y viceversa.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, a., & lopez martin , a. F. (1986). *El proceso de la entrevista*.
Limusa.
- Adam. (30 de agosto de 2014). *Holadoctor.com*. Obtenido de
<http://holadoctor.com/es/mini/encefalitis>
- Bisbe gutierrez, m., santoyo medina, c., & segarra vidal, v. (2012).
Fisioterapia en neurología . Madrid: editorial medica panamericana.
- Conca, n., santolaya, m., farfan, m., & fernanda, c. (1 de febrero de 2016).
Sciencedirect. Obtenido de
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0370410615002004>
- Dalton, a., limmer, d., mistovich, j., & werman, h. (2012). *Empact. Urgencias
médicas: evaluación, atención y transporte de pacientes*. Mexico d.f:
editorial manual moderno.
- Hernández sampieri, r., fernández collado, c., & baptista lucio, m. (2010).
Metodología de la investigación. Mexico: the mcgraw-hill.
- Intituto nacional de la salud bethesda, m. 2. (9 de 01 de 2017). *N i h*.
Obtenido de
https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/meningitis_y_encefalitis.htm
- Malagon, v. (2007). Obtenido de
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802007000700007&script=sci_arttext&tlng=en
- Mateos valentin, m., & jesus, p. E. (2014). *Meningitis, encefalitis y otras
infecciones del snc*. Barcelona, españa: elsevier.
- Micheli, f. (2002). *Tratado de neurología clínica*. Buenos aires, argentina:
editorial medica panamericana.
- Micheli, f., & fernandez pardal, m. (2010). *Neurologia*. Buenos aires,
argentina: editorial medica panamericana.
- Navarro gomez, m., gonzàles, f., & santos sebastiàn, m. (2017). *Encefalitis*.
Madrid: hospital general universitario gregorio marañon.

Perez , h., & balmaceda, I. (2014). *Iniciacion al conocimiento científico*. El palomar.

Póo argüelles, p. (2008). Obtenido de

ghttp://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34541428/36-pci.pdf?awsaccesskeyid=akiaiwoyygz2y53ul3a&expires=1489853343&signature=fv1ewzusofxova9w%2f03yj45sbea%3d&response-content-disposition=inline%3b%20filename%3dservicio_de_neurologia._hospital_sant_

Shoemaker ayres , g. H. (2002). *Tratado de medicina crítica y terapia intensiva*. Madrid, españa: editorial medica panamericana s.a.

9. ANEXOS

Anexo 1



Movilizaciones pasivas en manos



Estiramiento del tendón de Aquiles



Movilización de extremidades superiores y tronco



Inducción a reacciones de equilibrio en 4 puntos (hacer burrito)



Estiramiento de la cadena posterior de miembros inferiores

Anexo 2



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

CARRERAS DE TECNOLOGIAS MÉDICAS

PASANTIAS DE TERAPIA FÍSICA

ESTUDIANTE: _____

DOCENTE: _____

FECHA: _____

HISTORIA CLINICA PARA NIÑOS/AS

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:.....No

H.C.....

FECHA DE NACIMIENTO:.....LUGAR:.....

EDAD:.....DOMICILIO:.....TELF:.....

MOTIVO DE CONSULTA:.....

2. COMPOSICION FAMILIAR

QUIENES COMPONEN LA FAMILIA:.....

PADRE:EDAD:.....OCUPACION:.....

MADRE:.....EDAD:.....OCUPACION:.....

ESTADO CIVIL:.....

CON QUIEN PASA EL NIÑO EN LA CASA:.....

3. ANTECEDENTES PERSONALES

- EMBARAZO:

PLANIFICADO..... IMPROVISTO.....

- TUVO COMPLICACIONES?

SALUD:EMOCIONALES:.....

- CARACTERISTICAS DEL PARTO:

NORMAL:.....

CESAREA:.....

PREMATTURO:.....

OTROS:.....

- CONDICIONES INMEDIATAS POSTERIORES AL NACIMIENTO:

CICATRICES, MALFORMACIONES.....

CONVULSIONES:.....

OTROS:.....

- PAUTAS MADURATIVAS

ALIMENTACION:

LECHE MATERNA.....

BIBERON.....

MASTICACION.....

ACTUAL.....

HABITOS ORALES:.....

SUEÑO:.....

MOTRICIDAD:

CARACTERISITICAS DE SUS MOVIMIENTOS:.....

DESARROLLO MOTRIZ GRUESO:.....

4. ANTECEDENTES PATOLOGICOS

ENFERMEDADES, ACCIDENTES:.....
VACUNAS:.....
CIRUGIAS:.....
ALERGIAS:.....
CONTROL MEDICO:.....
REALIZACION DE ESTUDIOS:.....
OTROS:.....

5. INTERACCION FAMILIAR:

COMO SE RELACIONA CON SUS PADRES:.....
.....
COMO SE REALACUIONA CON SUS HERMANOS:.....
ACTIVIDADES QUE REALIZA EN FAMILIA:.....
.....
SITUACION FAMILIAR:.....
OBSERVACIONES:.....
.....

ELABORADO POR:

DERECHO DE AUTOR: PASANTÍAS TERAPIA FÍSICA
UCSG - Año 2009

Anexo 3

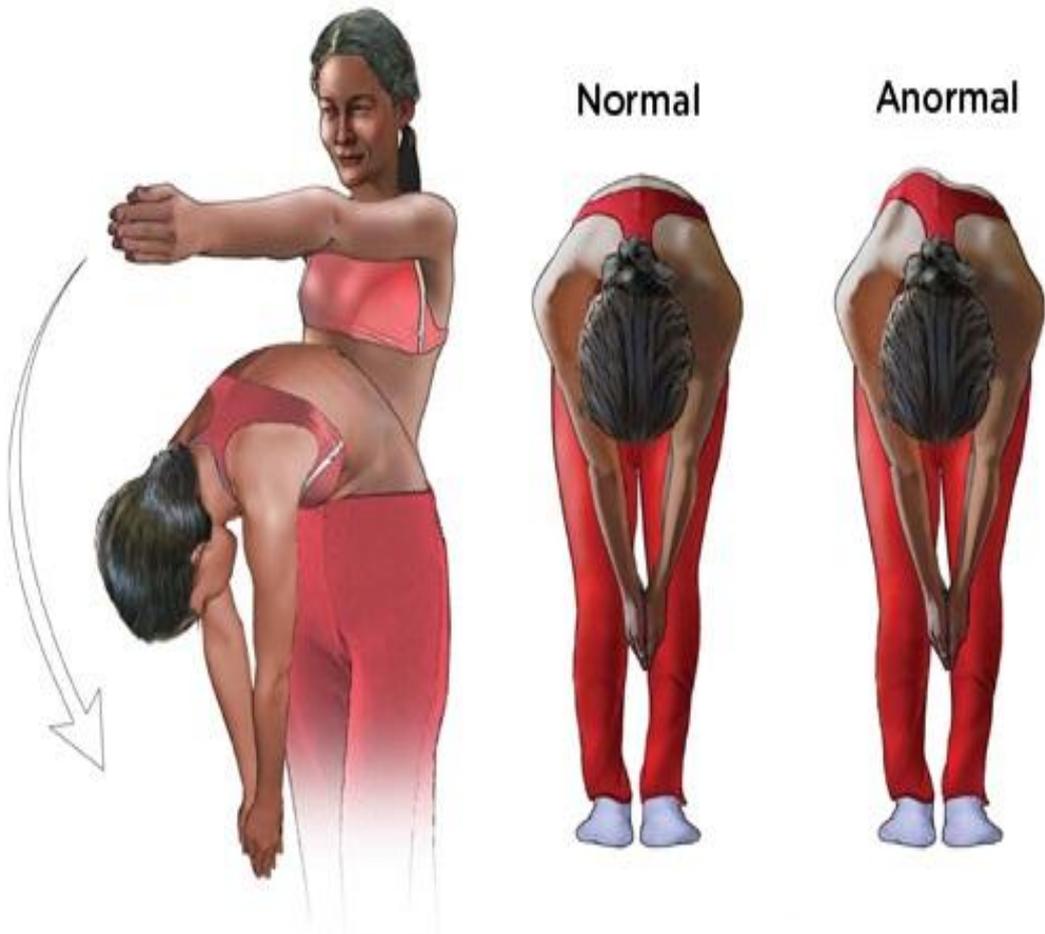
ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

2½ - 3 AÑOS	MF	Corre libremente				
		Hace bolitas de plastilina, masilla				
		Desarma juguetes con piezas a presión				
2½ - 3 AÑOS	A	Usa la cuchara derramando poco				
		Pide ir al baño durante el día				
	L	Controla el babeo la mayor parte del tiempo				
		Responde a preguntas como ¿qué está haciendo? ¿Que está comiendo? ¿Qué hace?				
		Señala una figura común en libro, revista, cuando se le pide				
	C	Puede llevar a cabo ordenes simples(toma, lleva, abre)				
		Copia un círculo				
		Construye puente con tres cubos				
			Arma y desarma juguetes con piezas a presión			
3 - 4 AÑOS	MT	Puede andar de puntillas				
		Agarra pelota lanzando con sus dos manos				
		Salta un obstáculo				
		Patea pelota grande en movimiento				
		Sube escaleras alternando los pies				
	MF	Hace bolitas de plastilina				
		Señala tres colores básicos				

	C	Diferencia objetos señalando (grande, pequeño, largo, corto, pesado, liviano)				
		Separa objetos por categorías (fruta, animales)				
		Arma rompecabezas de tres piezas sencillas				
3- 4 AÑOS	L	Puede repetir parte de una experiencia inmediata				
		Nombra objetos antes de la pregunta				
	A	Se viste y desviste con poca ayuda por si solo(ropa sencilla)				
		Se peina por si solo				
	S	Usa correctamente la cuchara				
		Coopera con el adulto en tareas domesticas				
		Juega en forma paralela con otros niños				
4- 5 AÑOS	MT	Hace rebotar una pelota tres veces				
		Camina sobre recta manteniendo el equilibrio				
	MF	Se mantiene de puntilla por más de cinco segundos				
		Corta papel con tijeras				
	C	Enrosca				
		Nombra algunos colores				
		Dibuja tres figuras geométricas simples				
		Copia una cruz				
		Dibuja figura humana (cabeza y extremidades)				
		Nombra cualidades de objetos(grande, pequeño, largo)				
	L	Dice su nombre completo				
		Responde a preguntas: que haces cuando tienes hambre, frio...				
		Hace preguntas con mucha frecuencia: ¿por qué? ¿Como? ¿Cuando?				
	A	Sigue ordenes de: por dentro, encima, detrás, debajo				
		Se cepilla los dientes por si solo				
Se lava los brazos y cara						

FIRMA DEL ESTUDIANTE: _____ DOCENTE: _____

Anexo 4



Anexo 5

ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA

Graduación	RESPUESTA AL MOVIMIENTO
0	Tono muscular normal
1	Aumento ligero en el tono del musculo, resistencia mínima en los últimos grados del rango de movimiento
1+	Aumento ligero en el tono del musculo, resistencia mínima a lo largo de menos de la mitad del rango del movimiento (signo de navaja)
2	Aumento del tono mas marcado en la mayor parte del rango de movimiento, pero la extremidad puede moverse fácilmente
3	Considerable aumento del tono muscular, el movimiento pasivo es dificultado (signo de rueda dentada)
4	La parte afectada esta rígida en flexión o extensión



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Correa Ramírez Ericka Edith**, con C.C: # **0930910252** autor/a del **componente práctico del examen complejo: estudio de caso clínico Paciente de sexo femenino de 4 años y 6 meses de edad con anormalidades en la marcha y de la movilidad, en el hospital Roberto Gilbert de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada En Terapia Física**, en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **14 de marzo de 2017**

f. _____

Nombre: **Correa Ramírez, Ericka Edith**

C.C: **0930910252**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Paciente de sexo femenino de 4 años y 6 meses de edad con anomalías en la marcha y de la movilidad, en el hospital Roberto Gilbert de la ciudad de Guayaquil.,		
AUTOR(ES)	Correa Ramírez Ericka Edith		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Sierra Nieto Víctor Hugo		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Medicina		
CARRERA:	Terapia Física		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Terapia Física		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	14 de marzo de 2017	No. DE PÁGINAS:	44
ÁREAS TEMÁTICAS:	Rehabilitación física, Técnicas de motricidad gruesa técnicas de facilitación muscular.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	MARCHA, CONVULSIONES, ENCEFALITIS, MOVILIDAD GRUESA, CEFÁLICO, NEUROLÓGICO.		
RESUMEN/ABSTRACT			
<p>Paciente de 4 años 6 meses de edad, de sexo femenino que presenta anomalías de la marcha y en la movilidad. Paciente ingresa al hospital del IESS de Milagro a los 3 años 11 meses por presentar fiebre, dolor estomacal, vómito y dificultad para respirar estuvo hospitalizada en el hospital por un día durante ese tiempo la niña presentó convulsiones que no fueron tratadas por falta de un especialista por lo cual decidieron transferir al hospital Roberto Gilbert en el trayecto de Milagro a Guayaquil la paciente solo fue con oxígeno mas no la entubaron, al llegar al hospital de Guayaquil fue ingresada a terapia intensiva donde se le realizaron exámenes con los cuales se diagnosticó una encefalitis viral , inmediatamente colocaron medicamentos anticonvulsivantes, la paciente estuvo inconsciente varios días estuvo totalmente inconsciente y sedada por dos días, al séptimo día abrió los ojos por completo y noveno día ya recobro la conciencia y la pasaron a sala. En la consulta con el neurólogo dijo que la falta de oxigenación ocasiono el daño motor y del lenguaje en la niña, Actualmente la paciente realiza terapia física, de lenguaje y ocupacional. En el área física ha recobrado gran movilidad gruesa, realiza marcha pero con mucha dificultad, ya que puede dar algunos pasos sin ayuda; en el área de lenguaje mejoró el habla aunque el tono de voz es muy bajo y en el área ocupacional se está trabajando coordinación (óculo-manual) y prensión. La paciente acude al hospital Roberto Gilbert al área física tres veces por semana (lunes, miércoles, viernes) al igual que el área de terapia ocupacional y al área de lenguaje dos veces por semana (martes y jueves) de manera constante desde que estaba en sala hasta la actualidad, lo que ha facilitado la recuperación y el buen progreso con sus movimientos y su desarrollo que ha mejorado en un 60%.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-0983938569	E-mail: erika22correa@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN: COORDINADOR DEL PROCESO UTE	Sierra Nieto Victor Hugo		
	Teléfono: +593-4-2206950		
	E-mail: victor.sierra@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			