



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE MEDICINA

MAESTRÍA EN ATENCION PRIMARIA Y CLINICA INFANTIL

“TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL”

**PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER EN ATENCION PRIMARIA
Y CLINICA INFANTIL“**

“TÍTULO DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL”

**FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A LA PARÁLISIS CEREBRAL EN NIÑOS
MENORES DE CINCO AÑOS**

AUTOR: REGINA ROXANA PAIVA

TUTOR: DRA. MARLENE HERNÁNDEZ NAVARRO

GUAYAQUIL – ECUADOR

NOVIEMBRE 2016



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PARÁLISIS CEREBRAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

AUTOR: DRA. REGINA PAIVA HURTADO

TUTOR: DRA. MARLENE HERNÁNDEZ

REVISOR: DR. ANGEL ORTIZ

INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA: MEDICINA

FECHA DE PUBLICACIÓN: 15/12/2016

No. DE PÁGS:

AREAS TEMÁTICAS:

PALABRAS CLAVE: DISCAPACIDAD, PARÁLISIS CEREBRAL, FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

RESUMEN: La parálisis cerebral es una patología frecuente en niños menores de cinco años en los servicios de Pediatría. Esta investigación tiene como objetivo elaborar plan de prevención para evitar la parálisis cerebral infantil en menores de 5 años con discapacidad, atendidos en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel, registrando la filiación de menores de 5 años; identificando los factores de riesgo, causas y complicaciones, evaluando las actividades que se realizan y satisfacción del usuario interno y externo. El Universo estuvo constituido por los con discapacidad que acuden a recibir atención médica de enero a Junio 2016. La muestra fueron los menores de 5 años que presenten parálisis cerebral infantil. La investigación es de tipo descriptiva, transversal y no experimental. Se aplicaron encuestas, análisis documental, observación directa, procesamiento de métodos estadísticos paramétricos y no-paramétricos. Se concluyó que 1,1% de atenciones son los pacientes con algún tipo de discapacidad con predominio de niñas 54%, con nivel de primario (61%) y el lugar de procedencia predomina zona urbano marginal, las patologías asociadas más frecuentes fueron: visuales y física, patologías físicas intelectual y mental agregadas a su parálisis

No. DE REGISTRO (en base de datos):

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web)

ADJUNTO PDF:

SI X

NO

CONTACTO CON AUTOR/ES:

Teléfono: 0988954276

E-mail:

reginapaiva2009@hotmail.com

CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:

Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS

Teléfono: 2288086

E-mail: egraduadosug@hotmail.com

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del estudiante REGINA ROXANA PAIVA HURTADO, del Programa de Maestría en ATENCIÓN PRIMARIA Y CLÍNICA INFANTIL, nombrado por el Decano de la Facultad de CIENCIAS MÉDICAS, CERTIFICO: que el Trabajo de Titulación Especial titulado FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A LA PARÁLISIS CEREBRAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

Atentamente,

Dra. Msg. MARLENE HERNÁNDEZ NAVARRO

TUTOR

DEDICATORIA

A Dios por a través de su bendición
llego a esta meta anhelada. Dedico
con cariño y amor a mis padres, a mi
esposo e hijos, quienes supieron
brindarme todo su apoyo y
confianza, para la feliz culminación
de esta nueva etapa de preparación
académica.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero a Dios por permitirme llegar a cumplir esta meta. Mi sincero agradecimiento al tutor Msg. Marlene Hernández Navarro, por su acertada dirección en la guía y culminación de este trabajo.

También a todos los catedráticos de la Universidad de Guayaquil, del programa de maestría, quienes compartieron sus conocimientos y experiencias en mi formación profesional, y amigos, que de una u otra forma me brindaron su apoyo.

DECLARACIÓN EXPRESA

“La responsabilidad del contenido de este trabajo de titulación especial, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL”

FIRMA
NOMBRE DEL AUTOR (A)

ABREVIATURAS

PCI	Parálisis Cerebral Infantil
OMS	Organización Mundial de la Salud
CIF	Clasificación Internacional de Funcionabilidad.
CAA	Centro de Atención Ambulatoria.

Tabla de contenido

Introducción.....	1
Capítulo 1 MARCO TEÓRICO	4
1.1 Teorías generales	4
1.2 Teorías Sustantivas.....	8
1.3 Referentes empíricos.....	10
Capítulo 2	
MARCO METODOLÓGICO.....	12
2.1 Metodología.....	13
2.2 Métodos.....	13
2.3 Premisas o hipótesis.....	14
2.4 Universo y Muestra.....	14
2.5 Cuadro CDIU.....	14
2.6 Gestión de datos.....	15
2.7 Criterios éticos de la investigación.....	16
Capítulo 3	
RESULTADOS	
3.1 Antecedentes de la unidad de análisis o población.....	17
3.2 Diagnóstico o estudio de campo.....	17
Capítulo 4 DISCUSIÓN	
4.1 Contrastación Empírica.....	23
4.2 Limitaciones.....	25
4.3 Líneas de investigación.....	25
4.4 Aspectos relevantes.....	25
Capítulo 5 PROPUESTA	
Conclusiones.....	29
Recomendaciones.....	30

Tabla de contenido

Introducción.....	1
Capítulo 1 MARCO TEÓRICO	4
1.1 Teorías generales	4
1.2 Teorías Sustantivas.....	8
1.3 Referentes empíricos.....	10
Capítulo 2	
MARCO METODOLÓGICO.....	12
2.1 Metodología.....	13
2.2 Métodos.....	13
2.3 Premisas o hipótesis.....	14
2.4 Universo y Muestra.....	14
2.5 Cuadro CDIU.....	14
2.6 Gestión de datos.....	15
2.7 Criterios éticos de la investigación.....	16
Capítulo 3	
RESULTADOS	
3.1 Antecedentes de la unidad de análisis o población.....	17
3.2 Diagnóstico o estudio de campo.....	17
Capítulo 4 DISCUSIÓN	
4.1 Contrastación Empírica.....	23
4.2 Limitaciones.....	25
4.3 Líneas de investigación.....	25
4.4 Aspectos relevantes.....	25
Capítulo 5 PROPUESTA	
Conclusiones.....	29
Recomendaciones.....	30

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: <i>Incidencia de Consultas por mes</i>	46
<i>Gráfico 2: Incidencia de patologías asociadas</i>	46
Gráfico 3: <i>Prevalencia de patologías asociadas</i>	47
<i>Gráfico 4: Lugar de Procedencia</i>	48
<i>Gráfico 5: Sexo de los pacientes</i>	48
<i>Gráfico 6: Educación de los Padres</i>	49

INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1: Patologías Asociadas</i> _____	47
<i>Tabla 2: Lugar de Procedencia</i> _____	48
<i>Tabla 3: Sexo de pacientes</i> _____	49
<i>Tabla 4: Nivel Escolar de los padres</i> _____	49
<i>Tabla 5: Edad Gestacional Menor de 36 semanas</i> _____	50
<i>Tabla 6: Edad Gestacional mayor de 36 semanas</i> _____	50
<i>Tabla 7: Edad materna al Momento del parto</i> _____	51
<i>Tabla 8: Patologías Maternas Agregadas</i> _____	52

RESUMEN

La parálisis cerebral es uno de los signos que se presentan en niños menores de cinco años en los servicios de Pediatría. Ecuador ha establecido políticas de Estado que garanticen la atención a pacientes con discapacidad. Esta investigación tiene como objetivo elaborar plan de prevención para evitar la parálisis cerebral infantil en menores de 5 años con discapacidad, atendidos en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel, registrando la filiación de menores de 5 años; identificando los factores de riesgo, causas y complicaciones, evaluando las actividades que se realizan y satisfacción del usuario interno y externo. El Universo estuvo constituido por los con discapacidad que acudan a recibir atención médica de enero a Julio 2016; la muestra fueron los menores de 5 años que presenten parálisis cerebral infantil. La investigación es de tipo descriptiva, transversal y no experimental. Se aplicaron encuestas, análisis documental, observación directa, procesamiento de métodos estadísticos paramétricos y no-paramétricos. Se concluyó que 1,1% de atenciones son los pacientes con algún tipo de discapacidad con predominio de niñas 54%, con nivel de primario (61%) y el lugar de procedencia predomina zona urbano marginal, las patologías asociadas más frecuentes fueron: visuales y física, patologías físicas intelectual y mental agregadas a su parálisis cerebral por falta de continuidad en el tratamiento.

La propuesta de un Plan de prevención de parálisis cerebral Infantil fue elaborada, para difundir las propuestas definidas.

PALABRAS CLAVE:

DISCAPACIDAD - PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL - PLAN DE PREVENCIÓN

SUMMARY

Ecuador has established state policies that guarantee care for patients with disabilities. This research aims to propose a plan to prevent cerebral palsy in children under 5 years with disabilities, attended at the Mother and Child Hospital Matilde Hidalgo, determining the prevalence registering the parentage of children under 5 years; identifying risk factors, causes and complications, evaluating the activities undertaken and satisfaction of internal and external user.

The universe is under 5 years with disability who come to receive care from January to Julie 2016; the sample will be under 5 who have cerebral palsy. The research is descriptive, transversal and not experimental. surveys, document analysis, direct observation, processing parametric and non-parametric statistical methods were applied.

It was concluded that 1.1% of care are patients with disabilities predominance of women 54%, primary level (61%) and the place of origin with predominantly marginal urban area (49%), 27% rural area 24% urban area with housing construction cement (41), Mixed (28), Reed (13), with basic services 34% with electricity, water and sewerage, the months of higher incidence of attention were in February (40) , March (40) and June (40), presenting pathologies associated visual and physical, intellectual and mental physical pathologies added to his cerebral palsy due to lack of continuity in treatment. Proposing a Prevention Plan cerebral palsy it was developed to disseminate the proposals defined.

KEYWORDS:

DISABILITY - PREVENTION-CEREBRAL PALSY - PROGRAMA

INTRODUCCIÓN

Las parálisis cerebral infantil es un problema de naturaleza médico social, que afecta al núcleo familiar de los pacientes, las discapacidades han sido muy poco estudiadas, sin embargo son causa importante de la morbilidad y mortalidad en los niños menores de 5 años. Desde el siglo pasado los pediatras, neurólogos y epidemiólogos están estudiando la etiología y los cambios perinatales en la parálisis Cerebral. La parálisis cerebral es una de las causas más frecuentes de discapacidad motora en la edad pediátrica, aparece en la primera infancia y persiste toda la vida.

En Ecuador el estado inició la atención médica posterior a un brote de poliomielitis, en los años 50 originando secuelas físicas. En el sector privado se crea SERLI, La atención médica tiene muy baja cobertura, se inicia por la organización de padres de familia y organizaciones privadas en beneficio de personas ciegas y sordas.

En el año 2010 el estado ecuatoriano realiza un estudio Biopsicosocial en convenio binacional con el gobierno Cubano, actualizando el censo de discapacitados en el país, a través de la Misión solidaria Manuela Espejo, realizando valoración genética a los casos de discapacidad grave-grave. En el año 2011 se realiza como política de estado el Tamizaje metabólico neonatal para la prevención de discapacidades congénitas como Hipotiroidismo, fenilcetonuria, galactosemia, hiperplasia suprarrenal.

Según la OMS en los países en desarrollo uno de cada 10 nacimientos presenta alteraciones para saber que paciente tiene alteraciones se debe desarrollar una valoración neurológica. Según OMS la Parálisis cerebral infantil es toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser normal.

Los factores predisponentes ligados a la madre relacionados con edad materna, comorbilidades como hipertensión gestacional y los asociados con el feto como prematuridad, producen riesgo de anoxia perinatal, retraso psicomotriz acompañados con trastornos cognitivos, acompañado de la falta de un Plan de prevención de discapacidades ha originado aumento de la prevalencia de parálisis cerebral infantil, conocedores de esta problemática de salud proponemos un Plan de prevención a pacientes discapacitados con parálisis cerebral infantil. El problema de esta investigación es ¿Cómo prevenir la Parálisis cerebral infantil en niños menores de 5 años?

La justificación está dada porque la identificación de los factores de riesgo más comunes que inciden en la parálisis cerebral infantil en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel contribuye a Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas¹, considerando que La salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.²

Esta investigación beneficiará a los niños identificando oportunamente los factores de riesgo y por ser una herramienta válida para implementar un Plan de prevención de discapacidades importante porque permitirá la intervención oportuna y eficaz contribuyendo en la disminución de la prevalencia de esta patología, con gran relevancia para reducir las secuelas discapacitantes y realizando rehabilitación inmediata, relevante para disminuir las consecuencias económicas y sociales graves, mejorando la calidad de vida , identificando precozmente y realizando tratamientos oportunos beneficiando a los pacientes.

¹ Objetivo 3.2. Del Plan Nacional del Buen vivir 2013-2017

² En el artículo 32 de la Constitución Política de la República en lo referente a la salud

El objeto de estudio de este trabajo será la parálisis cerebral en niños menores de 5 años y el campo de acción serán los factores de riesgo más comunes de parálisis cerebral infantil en niños menores de 5 años con que acuden a consulta en el Hospital Matilde Hidalgo de Prócel, identificándose la edad materna, edad gestación al relacionada con la prematuridad, comorbilidades maternas Preclampsia materna, Anoxia perinatal produciendo retraso psicomotriz, trastornos de la personalidad y trastornos cognitivos.

El objetivo general es Identificar los factores de riesgo que inciden en la parálisis cerebral y elaborar un plan de prevención en niños menores de 5 años de edad Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Prócel en el periodo enero a Julio 2016. Los objetivos específicos son los siguientes: Analizar los referentes teóricos relacionados con la parálisis cerebral infantil. Caracterizar los factores relacionados con la parálisis cerebral infantil mediante encuestas, revisión de historias clínicas y elaborar los componentes de un plan de prevención de la parálisis cerebral infantil. Los datos recopilados ayudarán a tener una visión real de la situación de los niños con parálisis cerebral infantil.

La novedad científica del presente estudio radica en proponer un plan de prevención que incluirá acciones preventivas en atención primaria relacionado con el cuidado y protección del componente materno infantil que son elementos importantes para disminuir los factores relacionados con la parálisis cerebral infantil desde la perspectiva de una medicina preventiva con énfasis en la atención primaria de salud.

Capítulo 1

Marco Teórico.

1.1 Teorías generales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado Internacionalmente las deficiencias, discapacidades y Minusvalías, indicando Discapacidad es, *“Toda restricción o ausencia debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para el ser humano”*³

La deficiencia puede ser permanente o temporal dependiendo de la gravedad de afectación y la limitación funcional. La Parálisis Cerebral es una alteración del movimiento y la postura de aparición en la infancia. Secundaria a una lesión en el cerebro en desarrollo. El daño al cerebro es permanente y no puede ser curado, pero las consecuencias pueden ser minimizadas.

- Epidemiología

Según el informe de discapacidades de la OMS, mediante la Encuesta Mundial de Salud señala que cerca de 785 millones de personas de 15 años y más equivalen al 15 % de la población Mundial, viven con algún tipo de discapacidad. Mientras que el proyecto sobre la Carga Mundial de Morbilidad estima una cifra próxima a los 975 millones (19,4%). La Encuesta Mundial de Salud señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2,2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la Carga Mundial de Morbilidad cifra en 190 millones (3,8%) las personas con una “discapacidad grave” (el equivalente a la discapacidad

³ OMS: Clasificación Internacional de Discapacidad

asociada a afecciones tales como la tetraplejía, depresión grave o ceguera). Solo la Carga Mundial de Morbilidad mide las discapacidades infantiles (0-14 años), con una estimación de 95 millones de niños (5,1%), 13 millones de los cuales (0,7%) tienen una discapacidad grave⁴

En Iberoamérica se está trabajando mediante la Fundación ONCE para la Solidaridad con Personas Ciegas de América Latina (FOAL), y el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) han realizado una investigación social sobre la realidad de las personas con discapacidad y sus familias en Latinoamérica. Este estudio surge del interés por aproximarse a la realidad social de las personas con discapacidad en los países de América Latina y en los de habla hispana de El Caribe

La investigación se basa en una aproximación desde el punto de vista normativo, así como desde la perspectiva de las personas con discapacidad, familias y gobiernos vinculados con la temática. Se centra en la última década, en los avances que se han dado para situar a la discapacidad en el lugar que le corresponde: la esfera de los derechos humanos.

La principal conclusión del estudio se resume en que lo conseguido aún es insuficiente. Los logros más notables se dan en un ordenamiento interno que responde en buena medida al orden internacional establecido en términos de derechos, aunque el incumplimiento sistemático de las leyes constituye un denominador común.

El verdadero talón de Aquiles de las personas latinoamericanas con discapacidad se centra en el triángulo de pobreza, desigualdad y corrupción. La pobreza afecta al 82% de personas con discapacidad, por lo que urge una inversión social destinada a reducir las disparidades entre los países de la región, así como las desigualdades

⁴CEPAL: Estudio Mundial de discapacidades.

socioeconómicas, territoriales, étnicas y de género que en mayor o menor grado están presentes en cada país. Lo cual es factible únicamente si se logra erradicar la corrupción amparada en la impunidad.

La invisibilidad es evidente en la ausencia de la discapacidad en documentos oficiales, por ejemplo, en los Documentos de Estrategias para la Reducción de la Pobreza –PRSP, en los informes sobre derechos humanos, en el diseño de políticas públicas y en los acuerdos de cooperación para el desarrollo.

En CHILE en el 2004 se realiza el Primer Estudio Nacional de Discapacidad e Informes Regionales, corresponde al trabajo conjunto del Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS) y del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Sus resultados fue la formulación del Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacida⁵

Causas y Clasificación de la Parálisis Cerebral Infantil

-

Está causada por un daño no progresivo del cerebro, antes, durante o después del parto.

La Parálisis Cerebral no es una enfermedad aislada, sino se presentan alteraciones musculoesqueléticas progresivas en la mayoría de los niños afectados.

La Parálisis Cerebral describe un grupo de alteraciones del movimiento y la postura, con limitación de la actividad muscular, atribuida a un problema no progresivo ocurrido durante el desarrollo fetal o en el cerebro infantil.

Las alteraciones motoras de la Parálisis Cerebral se acompañan de problemas de sensibilidad, conocimiento, comunicación, percepción y en ocasiones problemas de convulsiones, alteración del tono muscular anormal, Alteraciones del balance corporal Debilidad muscular, pérdida del control motor muscular voluntario, inhabilidad para contraer los músculos voluntarios.

⁵ FONADIS:Primer Estudio realizado en CHILE

Clasificación de la parálisis cerebral infantil

Clasificación por la extensión del daño.

El sufijo plejía significa ausencia de movimiento. Cuando hay algún tipo de movilidad se utiliza el sufijo parésia (cuadriparesia, tetraparesia, hemiparesia y monoparesia). Los criterios que emplea esta clasificación son: (12)

- a) Cuadruplejía: Están afectados los cuatro miembros.
- b) Tetraplejía: Afectación global incluyendo tronco y las cuatro extremidades, con predominio de afectación de extremidades superiores.
- c) Triplejía: Afectación de las extremidades inferiores y una superior.
- d) Diplejía: Afectación de las cuatro extremidades con predominio de las extremidades inferiores.

Clasificación por afectación muscular

- a) Parálisis cerebral espástica.- En esta forma de parálisis cerebral que afecta de 70 a 80% de los pacientes, los músculos están rígidos y contraídos permanentemente.
- b) Parálisis cerebral atétosica.- Se caracteriza por alteraciones del tono muscular con fluctuaciones y cambios bruscos del mismo, aparición de movimientos involuntarios y persistencia muy manifiesta de reflejos arcaicos.
- c) Parálisis cerebral atáxica.- Esta forma rara afecta el equilibrio y la coordinación afecta de 5 a 10 % de los pacientes
- d) Parálisis cerebral mixta.- La combinación más común incluye espasticidad y movimientos atetoides, pero otras combinaciones son posibles.

Clasificación funcional

Desde el punto de vista funcional, también se ha realizado una clasificación arbitraria con la intención de establecer diferencias pronósticas y de tratamiento.

- a) Clase I: Limitación leve
- b) Clase II: Limitación leve-moderada
- c) Clase III: Limitación moderada-grave
- d) Clase IV: Incapacidad total.

Teorías Sustantivas

Existen referencias históricas sobre descripciones realizadas por Hipócrates y Galeno de cuadros coincidentes o similares con la entidad que hoy denominamos Parálisis Cerebral (PC), siendo descrita en 1860 por Littel, que relacionó la espasticidad que la caracteriza con la anoxia y el traumatismo de parto. El término "parálisis cerebral" apareció por primera vez en 1888 en los escritos de William Osler. En 1897, Ferud resaltó los aspectos de anomalías del desarrollo intrauterino asociados a la PC Infantil.

Hacia el año 1860 un cirujano inglés llamado William Little describió un trastorno que afectaba a los niños en los primeros años de vida caracterizados por rigidez muscular se trataba de niños y niñas que mostraban dificultades para agarrar, sujetar los objetos, gatear y caminar, conocida por mucho tiempo como enfermedad de LITTLE, hoy se sabe que esta enfermedad es una diplejía espástica, uno bajo el termino de parálisis cerebral de los trastornos que se engloban, no existen registros anteriores a los años 50.

En 1950 resurgió el interés por estudiar la parálisis cerebral, asociaciones de Estados Unidos (American Academy for cerebral Palsy) e Inglaterra (Little Club), hicieron un intento por definir los límites de este trastorno, lo que impulsó los estudios epidemiológicos de parálisis cerebral.

En 1970, Australia se suma al estudio de parálisis cerebral, en Europa tiene una prevalencia de 2-2,5 casos por cada 1000 nacidos vivos, formándose una asociación de la vigilancia de la parálisis cerebral en Europa (SURVEILLANCE OF CEREBRAL PALSY IN EUROPEAN) que reúne 15 países para el estudio.

Según estimaciones de las Naciones Unidas el sector de discapacidad ocupa hoy un porcentaje importante de la población mundial un promedio de diez por ciento está conformado por personas con discapacidad, es decir cerca de 600 millones de personas en el mundo, de los cuales 400 millones viven en los países en desarrollo. De esto 400 millones, el 82 % viven por debajo de la línea de pobreza, siendo la mayoría de ellos niños y niñas. Llevando estas cifras a nuestro país, serían unas 600 mil personas con discapacidad, situación que se agrava por el hecho de que el 43% de las mismas vive con menos de un dólar por día.

Esta relación estrecha entre pobreza y discapacidad se ve manifiesta en que las condiciones nutricionales, la situación de sus viviendas, la atención prenatal, la violencia, y los precarios servicios de salud y educación aumentan las posibilidades de tener algún tipo de discapacidad; y a su vez personas con discapacidad tienden a permanecer en situaciones de pobreza debido a la falta de opciones y condiciones necesarias de acceso a los sistemas educativos, laborales y procesos participativos en los cuales se puedan tomar decisiones.

El 30 de Marzo del año 2007, Ecuador se adhiere a la convención de las Naciones Unidas para así promover y fortalecer la protección de los derechos de las personas con discapacidad en todo el país.

Dentro de los factores de riesgo se encuentran:

Factores de riesgo Prenatales: una de las principales causas de riesgo de partos prematuros es la Preclampsia, la OMS elabora las recomendaciones para prevenir la Preclampsia gestacional las cuales se establecieron como lineamientos de Desarrollo sostenible.

La administración de suplementos de calcio en aquellas áreas donde el consumo de este mineral es bajo.

Administración de ácido acetilsalicílico en dosis bajas (aspirina, 75 mg) para la prevención de la preeclampsia en las mujeres que tienen un riesgo alto de desarrollarla.

Administración de sulfato de magnesio (con preferencia sobre otros anticonvulsivos) para prevenir la eclampsia en las mujeres con preeclampsia grave.

Se recomienda la inducción del trabajo de parto en las mujeres con preeclampsia grave cuando por su edad gestacional el feto no es viable o es poco probable que logre la viabilidad en el plazo de una o dos semanas.

En mujeres con preeclampsia grave a término, se recomienda el parto prematuro, Como parte de la Estrategia mundial para acabar con la mortalidad materna prevenible.

La Estrategia Mundial elabora una hoja de ruta para la agenda posterior a 2015, tal como se describe en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y tiene como meta reforzar

los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad a fin de que respondan a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas.⁶

Enfermedad Materna, Desprendimiento Prematuro de Placenta, Normo Inserta, Ruptura Prematura de Membranas, Ruptura Uterina, que es uno de los factores predisponentes para parto Prematuro, Preclampsia, Amenaza de Aborto Asociado a otra Enfermedad Amenaza de Aborto.

Anoxia Perinatal que produce Hemorragia Cerebral ocasionando Sufrimiento Fetal Agudo. A pesar de que la resistencia a la anoxia es significativamente mayor en el recién nacido, la hipoxia es la causa más frecuente de daño cerebral en bebés. La incidencia es de 1,5-10/100 en países desarrollados. El 20% ocurren antes del parto, el 70% durante, y el restante 10% en el periodo neonatal o postparto, produciendo daño cerebral que lleva discapacidad cerebral en los neonatos.

Factores de riesgo natales: Prematuridad, es el más frecuente que se acompaña de bajo peso al Nacer, hipoxia perinatal, puede presentarse en Madres añosas o muy jóvenes.

Más de tres cuartas partes de los bebés prematuros pueden salvarse con una atención sencilla y costo eficaz, consistente, por ejemplo, en ofrecer una serie de servicios sanitarios esenciales durante el parto y el periodo postnatal, para todas las madres y todos los lactantes, administrar inyecciones de esteroides prenatales a las embarazadas que corren riesgo de parto prematuro, maduración pulmonar del neonato; aplicar la técnica de la “madre canguro” y administrar antibióticos para tratar las infecciones del recién nacido.

Para reducir las tasas de prematuridad, es necesario ofrecer a las mujeres una atención mejorada antes, entre y durante los embarazos. Facilitar el acceso a los anticonceptivos

⁶ OMS: Asamblea General de las Naciones Unidas de 2015, Nueva York, Naciones Unidas, se presentó la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030

y promover su empoderamiento también puede contribuir a que disminuya el número de nacimientos prematuros.

Factores de riesgo post natales: Neuroinfección, Traumatismo Craneoencefálico, Ahogamiento por sumersión, Ahogamiento por cuerpo extraño, Intoxicaciones por plomo o arsénico, Accidentes Vasculares Cerebrales, Fiebre alta con convulsiones, Accidentes por descargas eléctricas.

1.3 Referentes Empíricos

Los estudios similares o comparativos de Discapacidades realizados en otros países se basan en políticas públicas asociadas a los objetivos del Milenio y a la Alianza mundial de salud con lineamientos de la organización Mundial de Salud.

Uno de los pilares de la Epidemiología moderna es el concepto de causalidad múltiple, el cual establece que el origen de un evento dañino a la salud está determinado por diferentes factores causales y que no existe como causa un factor único o aislado⁷

Un estudio realizado en Camagüey, Cuba reportó que el incremento en la tasa de PC y la reducción en la tasa de mortalidad encontrada coinciden con lo reportado en otros estudios. (Colver, 2000) reportan un incremento de la tasa de incidencia de PC en contraste con un descenso de la mortalidad perinatal y neonatal. Consideran que el desarrollo tecnológico en la atención a las complicaciones perinatales determina una reducción de la mortalidad, pero algunos de los niños que se salvan se ven afectados por una PC. (Pérez 2008).

⁷ Batista Moliner R, Feal Cañizares P. Epidemiología en la atención primaria de salud. En: Alvarez Sintés R, editor. Temas de Medicina General Integral. Vol I. 1ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 287-323.

La complejidad de lesiones neurológicas ocasionada por PCI y las necesidades individuales de cada paciente, dificultan la generalización de recursos terapéuticos de eficacia comprobada (Lucero, 2013)

Varios autores coinciden en señalar que, los métodos y enfoques adoptados como alternativa de tratamiento fisioterapéutico de PCI son: la prevención a partir de diagnóstico temprano e intervención de factor psicosocial del paciente (Abad, 2014); los basados en la teoría de neuroplasticidad o plasticidad cerebral que concibe la enorme plasticidad de cerebro por influencia del código genético y el medio externo, materializada en el desarrollo de habilidades motoras como consecuencia de un proceso de maduración (Fernández et al, 2012); y el método de integración sensorial, basado en la complejidad que permite al cerebro integrar e interpretar estímulos sensoriales (Rodríguez & Cardoso, 2010)

Rosada, 2012 en sus investigaciones plantea que la PCI tiende su influencia al contexto social en el cual se desarrolla el niño, limitando el establecimiento de canales de comunicación en del núcleo familiar y social debido a los daños ocasionados en los órganos fonadores que limitan su expresión verbal (Rosada, 2012), aspecto que resalta valor de la interdisciplinariedad a la hora de establecer estrategias de prevención y control de cronicidad en intervención de PCE.

Existen métodos de tratamiento Fisioterapéutica de PCIE desde la Neuro rehabilitación Levith (2012) en su publicación aborda una serie de tratamientos terapéuticos para la atención del paciente con PCI y en particular PCIE siendo ésta la forma más común; los procedimientos planteados orientan la intervención hacia el entrenamiento y desarrollo motor del niño con PCI, enfatizando la necesidad de interacción del equipo de salud y el acompañamiento y vinculación al proceso del núcleo familiar del paciente, aspecto sustentado en el concepto de atención primaria,

por el cual toda persona afectada por PCI demanda de atención, acompañamiento y cuidado de otra que realice aquellas actividades de la vida diaria que el paciente no puede llevar a cabo, así mismo responsabilizarse de su tratamiento y bienestar (González et al. 2011).

Gómez en su estudio sobre la prevención de ocurrencia de PCI refiere que esta puede ser considerada una forma de intervención que se ajusta a las tendencias contemporáneas orientadas más hacia la promoción de la salud y prevención de ocurrencia de enfermedades. La intervención fisioterapéutica desde el campo de la Neurorehabilitación para la prevención de PCIE, de acuerdo con lo planteado por (Gómez et al, 2015) podría centrarse en estrategias como: detección lo más tempranamente posible del síndrome, preferiblemente antes de dieciocho meses, determinación de su origen y seguimiento neuroevolutivo hasta los 7 años de vida.

La preeclampsia ha sido otro factor asociado a PC, fundamentalmente en los niños a término.^{3,37} Para la explicación de este fenómeno existen varios modelos. Uno de ellos es el isquémico, en el que se asume que la disminución de la perfusión útero-placentaria es el eslabón primario y el lugar de convergencia de diversos procesos patogénicos involucrados en la génesis de la preeclampsia.³⁸ La hipótesis inflamatoria se basa en el hecho de que la preeclampsia en sí es un evento inflamatorio, durante el cual se encuentran aumentadas las respuestas inflamatorias del feto y de la madre.³⁷

Sin embargo, paradójicamente la preeclampsia parece disminuir el riesgo de PC en recién nacidos pretérminos. En la explicación de este fenómeno se ha implicado el uso de sulfato de magnesio,^{37,38} el cual no ha sido una causa suficiente. La explicación más plausible a nuestro entender, ha sido la de Greenwood y otros,³⁷ quienes llegan a la conclusión de que el aparente riesgo reducido de PC asociado con la preeclampsia en

niños muy pretérminos se debe a las características del grupo control pareado según edad gestacional. Los controles pretérminos seleccionados son por sí mismos un grupo de la población general de neonatos que presentan un riesgo incrementado de PC, debido a que los efectos adversos antenatales y perinatales son más comunes entre estos que entre los controles a término, por lo que no cumplen su papel de controles en este tipo de estudio, pudiendo dar la apariencia de que la preeclampsia es un factor protector de PC en este grupo de edad gestacional.

En el estudio presentado en Cuba en el año 2010 plantea que el retraso Psicomotriz fetal es una complicación del embarazo que a menudo resulta en un neonato pequeño o bajo peso para la edad gestacional. El bajo peso para la edad gestacional se asocia a un riesgo incrementado de PC en niños nacidos a término, pero en los pretérminos moderados o de muy bajo peso esta asociación no ha podido constatar de igual manera. Dentro de las hipótesis planteadas para explicar la asociación entre restricción del crecimiento intrauterino y PC se encuentra aquella que plantea que la restricción del crecimiento intrauterino hace más vulnerable al feto al estrés hipóxico-isquémico intraparto y la que plantea la relación inversa, es decir, que la restricción en el crecimiento intrauterino pudiera ser el resultado fundamentalmente de una hipoxia crónica. Wu y otros han comprobado que la restricción en el crecimiento intrauterino, especialmente cuando es severa se asocia de forma significativa con PC en niños a término y casi al término. En este estudio la restricción del crecimiento intrauterino se asoció principalmente a hallazgos neuroimagnológicos de daño a la sustancia blanca periventricular, pero en ningún caso a hallazgos sugestivos de daño hipóxico-isquémico global, lo que apoya la tesis de que la mayoría de los casos con restricción del crecimiento intrauterino no se deben a injuria hipóxico-isquémica, sino a otras causas.

Greenwood y otros, han encontrado también un efecto "protector" del bajo peso para la edad gestacional con respecto a la ocurrencia de PC en los niños nacidos con menos de 32 sem, el cual sugieren que, al igual que en la preeclampsia, se deba a los criterios de selección del grupo control.

No solo la restricción del crecimiento intrauterino se ha asociado a mayor riesgo de PC, sino también las desviaciones del crecimiento intrauterino por encima o por debajo del peso esperado para la edad gestacional. Como la severidad de la PC varía con el peso al nacer y los niños del sexo masculino parecen tener un riesgo mayor de PC que los femeninos el equipo del estudio colaborativo europeo "Surveillance of Cerebral Palsy in Europe" (SCPE) ha investigado estas asociaciones, llegando a la conclusión de que entre niños de nacimientos simples con PC el tamaño intrauterino anormal, ya sea grande o pequeño, se asocia a discapacidad motora e intelectual más severa y al sexo masculino

Capítulo 2

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Metodología

Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal descriptivo, no experimental en un grupo de pacientes menores de 5 años con parálisis cerebral infantil, atendidos en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel. El modelo de investigación es cualitativo, permite interpretar y realizar análisis subjetivo e individual de los factores de riesgos que provocan parálisis cerebral infantil con el propósito de disminuir la incidencia de esta patología.

Para poder identificar los tipos de parálisis existentes se realizará controles médicos mensualmente para los niños objeto del estudio, entre las edades comprendidas de 0 a 5 años, realizándose revisión de resultados de los exámenes, se clasificarán las variedades de parálisis así veremos los índices de mayor incidencia. Hasta los que se encuentren en menor porcentaje. Posteriormente dependiendo de la clase de parálisis cerebral, se desarrollará una encuesta a las familias de los niños examinados para así determinar los conocimientos existentes sobre cuidado e identificación de síntomas de riesgo. Por último se diseñará un programa de prevención de esta patología.

2.2 Métodos Teóricos y empíricos

Teóricos

Histórico-lógico: Para investigar las tipologías de parálisis cerebral infantil su marco histórico-lógico y analizar los factores que influyen en esta patología.

Inductivo: La observación, recolección de datos la entrevista las atenciones médicas realizadas en cada consulta y en cada visita domiciliaria para tener datos

veraces en la investigación de Factores de riesgo relacionados a parálisis cerebral infantil.

Analítico-sintético: En la disgregación de los componentes que encierran el objeto de estudio, es decir, las perspectivas que se deben tener en consideración para elaborar una propuesta dirigida a prevenir la parálisis cerebral infantil para mejorar su calidad de vida.

Empíricos:

- Observación. Ya que se van a realizar revisión médica en las casas donde se van a tratar a los niños con parálisis cerebral.
 - De campo.- Se van a realizar visitas domiciliarias en las casas donde se van a tratar, visitando los niños con parálisis cerebral y así poder hablar con los padres sobre esta problemática.
 - Exploratoria.- Se seleccionaran historias clínicas de los pacientes con parálisis cerebral y se harán referencias a neurología, identificando que tipo de parálisis cerebral es la más comunes.
 - Bibliográfica.-Se utilizaran libros, revistas, Internet, boletines, folletos.
 - Holístico: Se centra en una problemática mundial, buscando la manera para que la comunidad aprenda a combatir esta problemática.
 - Revisión documental: en la exploración de bibliografía sobre el tema, Obtención de los distintos indicadores de salud como edad, sexo, las diferentes estrategias de tratamiento y rehabilitación física, atención psicosocial, además de
- La metodología para la labor con las niñas y niños.

- Recolección de datos, entrevista a las madres que acuden a las consultas obteniendo anamnesis de la patología a investigar.
- Encuesta con preguntas cerradas para conocer algunos factores de riesgos relacionados con parálisis cerebral infantil.
- Análisis de Datos: Utilizar información recolectada para generar el árbol de problemas con los datos de los factores de riesgo asociados.

2.3 Hipótesis

La Parálisis Cerebral Infantil tiene varios factores de riesgo asociados a ella, la puesta en práctica de un plan de prevención encaminado a prevenir, o eliminar estos factores puede hacer que disminuya la incidencia de esta patología.

H1 Sí existe relación entre la Parálisis Cerebral Infantil y los factores de riesgo.

H0 No existe relación entre parálisis cerebral infantil y los factores de riesgo,

2.4 Universo y Muestra

La población está constituida por los niños de 0-5 años con discapacidad atendidos en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel durante el periodo de enero a junio de 2016. La muestra coincide con la población y es de 294 niños.

El Universo estará constituido por todos los niños de 0-5 años con discapacidad atendidos durante el periodo de investigación. El tamaño fue de 1100 pacientes de 0 a 5 años, que padecen de discapacidad que acudieron al Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel.

El estudio se realizara en base a la revisión de datos recolectados de las variables en estudio, los resultados se presentaran en tablas y gráficos se hará su discusión y análisis. Para cumplir con los objetivos de la investigación se reunirán 294 historias clínicas que serán al mismo tiempo revisadas y los familiares encuestados durante 20 semanas a 294 pacientes.

Se aplicó la fórmula:

$$m = \frac{N}{E^2 (N-1) + 1} = \frac{1100}{3,74} = 294$$

Donde

N = Tamaño de población.

E = Error = 0,05

m = Tamaño de muestra 294.

2.5 Cuadro CDIU

CATEGORÍA	DIMENSIÓN	INSTRUMENTO	UNIDAD DE ANÁLISIS
Factores de Riesgo Maternos: Preclampsia	Biológica	Historia Clínica, entrevista y exámenes de laboratorio	Pacientes y familiares
Factores de Riesgo Pre natales: Prematuridad	Biológica	Historia Clínica, entrevista y exámenes de laboratorio Encuesta	Pacientes y familiares
Factores de Post natales: Anoxia Perinatal Retraso psicomotriz Trastorno cognitivo	Biológica	Encuesta Historia Clínica, entrevista y exámenes de laboratorio	Pacientes y familiares
Factores biológicos	Biológicos	Historia Clínica y encuesta	Pacientes y familiares
Factores Culturales	Biológica y cultural	Encuesta	Pacientes y familiares

2.6 Gestión de datos

El estudio se realizará en base a la revisión de las hojas de recolección de datos de las variables en estudio, los resultados se presentaran en gráficos, se hará su discusión y análisis. Para cumplir con los objetivos de la investigación se reunirán 294 historias clínicas que serán al mismo tiempo revisadas y los familiares encuestados durante 20 semanas a 294 pacientes, de ser posible a aquellas que tengan las historias clínicas revisadas.

Para poder identificar los tipos de parálisis existentes se realizará controles médicos mensualmente para los niños objeto del estudio, entre las edades comprendidas de 0 a 5 años, realizándose revisión de resultados de los exámenes, se clasificarán las variedades de parálisis así veremos los índices de mayor incidencia. Hasta los que se encuentren en menor porcentaje. Posteriormente dependiendo de la clase de parálisis cerebral, se desarrollará una encuesta a las familias de los niños examinados para así determinar los conocimientos existentes sobre cuidado e identificación de síntomas de riesgo. Por último se diseñará un programa de prevención de esta patología.

2.7 Criterios Éticos de la investigación

La identificación de los factores de riesgo más comunes que inciden en la parálisis cerebral infantil en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel es conveniente por ser una herramienta válida para implementar un Plan de prevención de discapacidades importante porque permitirá la intervención oportuna y eficaz contribuyendo en la disminución de la prevalencia de esta patología, con gran relevancia para reducir las secuelas discapacitantes y realizando rehabilitación inmediata, relevante para disminuir las consecuencias económicas y sociales graves, mejorando la calidad de vida ,

identificando precozmente y realizando tratamientos oportunos beneficiando a los pacientes.

Así mismo, tiene criterios de carácter ético y metodológico ya que se hará uso de métodos y técnicas específicas, realizando consentimiento informado a los pacientes participantes del estudio garantizando la confidencialidad de la información y la integridad del paciente. Concluyendo con una propuesta de carácter práctica y educativa, que permita una vinculación efectiva entre el investigador y la institución, por su relación de dependencia laboral.

Capítulo 3

- Resultados

De acuerdo al análisis de la investigación de acuerdo a los datos presentes de las consultas realizadas en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel, se obtuvieron los siguientes resultados:

Durante el periodo de evaluación del presente trabajo comprendido entre Enero a Julio del 2016, son los meses de Febrero (45 casos), Marzo (43 casos) Y Junio (44 casos) los que presentan mayor incidencia de consultas entre niños de 1 a 5 años que padecen parálisis cerebral infantil, mientras que Enero (40 casos), Abril (40 casos), Mayo (40casos) y Julio (42 casos) los de menor incidencia de consultas. (Gráfico. 1).

Recurrentemente se identificó los meses de Enero, y Marzo que presenta mayor incidencia de patologías asociadas a parálisis cerebral en niños de 1 a 5 años, son en estos mismos meses que se detectan los mayores índices de patologías predominando el tipo físico y visual (35 y 37 casos/mes respectivamente) en comparación con los demás meses en estudio. (Gráfico 2).

De los 294 casos analizados durante el periodo de evaluación (Enero-Julio), las patologías físicas y las intelectuales son las que se presentan con mayor prevalencia, 150 casos con patologías físicas y 58 casos con patologías intelectuales. (Gráfico 3)

De la totalidad de los casos atendidos durante el periodo de investigación un 49% de los casos proceden de zonas urbano-marginales, las cuales habitan en malas condiciones tanto económicas como de vivienda, le sigue las zonas rurales con 27% y las urbanas con un 24%. (Grafico 4) (Tabla 2).

De la totalidad de niños evaluados que presentan parálisis cerebral son las niñas las que presentan mayor índice de patologías agregadas 54%, y los niños presentan un 46%. (Grafico 5) (Tabla 5)

Son las madres las que presentan mayor índice de analfabetismo en comparación con los padres (173 y 121 casos, respectivamente), siendo esto un factor importante debido a que son las madres las que pasan la mayoría del tiempo con los niños; en cambio son los padres los que cuentan con un mayor índice de educación primaria y secundaria en comparación con las madres (178, 126 casos padres; 87 y 29 casos madres, respectivamente).

La edad materna se determinó por rangos etarios identificando que el grupo de 15 a 19 años y de 20 a 45 años es 47,6% y mayores de 45 años es 4,8% de la atención de pacientes con parálisis cerebral y que acuden a la consulta médica del Hospital Matilde Hidalgo de Prócel. (Gráfico 7) (Tabla7).

Encontramos patologías asociadas a la salud de la madre, las mismas que son factores de riesgo como diabetes en 42.5%, Hipertensión en un 36,1%(Gráfico 8) (Tabla 8).

La edad Gestacional asociada a parálisis cerebral infantil en nuestra investigación es el 55,8% menor a 36 semanas de gestación y el 44,2% mayor a 36 semanas de Gestación.

Capítulo 4

Discusión

4.1 Contrastación empírica

Uno de los resultados obtenidos en el presente estudio es que las patologías físicas obtuvieron en mayor número de representatividad en la muestra estudiada o sea fueron las más frecuentes.

Este dato coincide con un estudio realizado por Ursei que plantea que la parálisis cerebral infantil es una causa frecuente de deformaciones ortopédicas, y la lesión del pie es casi constante en esta patología neurológica. Las deformaciones, ausentes en el nacimiento, se desarrollan de forma gradual durante el crecimiento como consecuencia de desequilibrios musculares, trastornos del control muscular y alteraciones del crecimiento muscular. En el niño con potencial de marcha, la lesión del pie puede dificultar la posición de pie y la adquisición de la marcha. En el paciente que no camina, las deformaciones del pie dificultan la verticalización y la colocación del calzado (Ursei, 2016)

Siendo un grupo heterogéneo de trastornos motores causados por lesiones cerebrales crónicas que se originan en el período prenatal, natal o durante los primeros años de vida. El trastorno motor puede variar de dificultades motoras leves a severa espasticidad en todos los miembros. La parálisis cerebral espástica es el grupo más grande; alrededor del 75% de las personas con dicha discapacidad presentan espasticidad; que provoca la

rigidez y acortamiento de los músculos e interfiere los movimientos y funciones: deambulación, manipulación, equilibrio, habla, deglución (García, 2011)

Los objetivos terapéuticos en estos casos están encaminados a prevenir, reducir o corregir las deformaciones en función de las capacidades funcionales del niño. Este tratamiento es complejo y multidisciplinar dirigido a reducir las consecuencias de la patología neurológica, corregir las anomalías existentes y prevenir las recidivas.

Otro resultado obtenido en el presente estudio es la asociación de la PCI con los trastornos del aprendizaje dados por retardo en la percepción, la atención y afectaciones de la memoria y el lenguaje, la autora opina que estos trastornos son frecuentes y es necesario atenderlos a tiempo para evitar consecuencias mayores.

Es muy raro que la PCI tenga únicamente manifestaciones de tipo motor, la mayoría de los pacientes presenta por lo menos un trastorno asociado. En un estudio realizado por Vergara (México, 2011) con 55 pacientes, las principales causas de hospitalización fueron: la neumonía (30%), la desnutrición grave (23%), las crisis convulsivas (13.6%), la infección de vías urinarias (12.1%) y otras causas (20.7%) (16). El lugar de procedencia está muy relacionado con la PCI, en el presente estudio se obtuvo como resultado que la gran mayoría de los niños proceden de áreas rurales o urbanas marginadas. Estos resultados contrastan con un estudio realizado en Cuencas (Arias 2016) donde se encontró que la mayoría de los pacientes con PCI procedían de áreas urbanas no existiendo relación entre estas variables en estos estudios.

Un estudio realizado en España se encontró que según la procedencia un 43.75% provienen de una área rural y el 56.25% urbana. Otro estudio elaborado por Durango en Colombia (2012) todos los pacientes correspondían a una condición socioeconómica

baja; según la procedencia encontró que el 80.3% son de área urbana y el 19.7% rural (Durango 2012)

En cuanto al sexo se obtuvo como resultado que la mayor cantidad de niños afectados son del sexo femenino lo que representó un 53,7 %, estos datos no coinciden con un estudio realizado por Álvarez, (Cuba, 2008), que encontró que el 56.55% correspondían al sexo masculino y 43.44% al sexo femenino.

La autora opina que no existe relación entre el sexo y la PCI pues numerosas investigaciones han demostrado que puede aparecer en cualquiera de los dos sexos sin preferencia por alguno (Arias, 2016).

Relacionado con el nivel de escolaridad se obtuvo como resultado que la mayoría de los padres de los niños con PCI contaban con una educación primaria, por lo que se puede afirmar que el poco conocimiento al respecto, el bajo nivel de instrucción y educación influyen en los cuidados que debieron tener para prevenir esta patología.

- **4.2 Limitaciones**

Esta investigación tiene limitaciones de variables no estudiadas como factores genéticos, nivel nutricional, y número de hospitalizaciones de los niños con PCI.

4.1 Líneas de investigación:

Teniendo en cuenta las limitaciones de este estudio se propone realizar futuras investigaciones de factores genéticos, nivel nutricional, y número de hospitalizaciones en los niños con PCI/

4.2 Aspectos Novedosos:

Esta investigación aportará resultados relevantes desde una perspectiva de la prevención de la PCI y la promoción de la salud las cuales han sido tradicionalmente competencia de los ministerios de salud. Para alcanzar resultados placenteros será decisiva la combinación de actividades en una apertura escolar de promoción de la salud y educación para padres y/o representantes.

Capítulo 5

PROPUESTA

5.1 Título.

Plan de Prevención de parálisis Cerebral Infantil en niños menores de cinco años.

5.2 Introducción

Según la OMS, la prevención es la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales, prevención primaria o a impedir que las deficiencias cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

Según el diccionario de Pedagogía y psicología Prevención es el conjunto de medidas socio-sanitarias que tratan de proteger al individuo y a la sociedad de contraer enfermedades. La Prevención también es considerada como un evento, acontecimiento o suceso, este término se refiere a las medidas que se toman para que una situación negativa no acontezca o minimizar sus efectos dañosos si no puede impedirse.

El término de “prevención” evoca a las acciones que, voluntariamente y anticipadamente podemos realizar con el propósito de evitar que se produzcan determinados fenómenos enfermedades epidemias o daños a la salud. En nuestro caso, con estas acciones podríamos prevenir las deficiencias y discapacidades en el bebé por nacer.

El concepto integral de salud ha permitido cuantificar el riesgo atribuible a las cuatro categorías en las q se inscriben las acciones que pueden dañar la salud o contribuir a preservarla.

5.3 Objetivos de la Propuesta

Proponer una estrategia de intervención mediante el establecimiento de medidas concretas para la prevención y control de los principales factores de riesgo de Parálisis Cerebral congénita.

5.4 Justificación

La prevención y control de los principales factores de riesgo de Parálisis Cerebral frecuentes como prematuridad extrema en niños pre términos disminuyen la incidencia de nacimientos de niños con peso < 1 500 gramos, lo cual es uno de los factores de riesgo en la prevalencia de parálisis cerebral congénita en los próximos años.

Detección precoz y oportuna de Patologías agregadas a la condición de salud materna como Diabetes gestacional, Hipertensión, pre eclampsia, eclampsia disminuirán la prevalencia de parálisis cerebral infantil.

Por todo lo planteado anteriormente se hace necesaria la elaboración de una propuesta con intervención a nivel poblacional dirigida al control de los factores de riesgo de Parálisis Cerebral congénita en niños pretérminos en controles maternos adecuados y frecuentes, para tener un impacto positivo en el control de la frecuencia de aparición de esta entidad, pero el éxito de la misma requiere de la acción coordinada del médico, el sistema de salud, comunidad y las instancias gubernamentales con fortalecimiento de la atención primaria de salud

5.5 Desarrollo

La propuesta se llevará a cabo a través de talleres, charlas y conversatorios con las personas implicadas con el objetivo de transmitirle los conocimientos necesarios para que puedan prevenir la parálisis cerebral infantil en niños menores de cinco años.

Los talleres se realizarán una vez por semana durante 6 semanas. Se impartirán conferencias teóricas las que abordarán las acciones de promoción de salud así como de rehabilitación a desarrollar ante esta patología.

Conclusiones

- La Parálisis Cerebral Infantil constituye un problema de primera magnitud por la discapacidad que asocia, por su cronicidad y por las implicaciones médicas, sociales y educacionales que todo ello origina.
- Los factores de riesgo pasan inadvertidos por los padres de familia, ya que no se les da la significancia que amerita, para prevenir las consecuencias que puede causar la parálisis cerebral infantil.
- Se observó un mayor índice de Parálisis Cerebral Infantil en el sexo femenino que en el masculino, siendo los porcentos de 53,7 % y 46,2 % respectivamente.
- Los factores de riesgo más relacionados con la Parálisis Cerebral Infantil en los niños estudiados fueron edad gestacional materno, el nivel socioeconómico y educacional de los padres.

Recomendaciones

- Proponer acciones a para realizar estrategias de intervención domiciliaria a familiares de niños con PCI por la cantidad de incógnitas que exteriorizan, y orientar la posibilidad de realizar múltiples intervenciones desde el punto de vista rehabilitador.

- Perfeccionar el registro nacional de la población infantil con discapacidad y sus características particulares, para así poder tomar decisiones de políticas públicas, como destinación de fondos o programas de apoyo.
- Adiestrar al personal de salud en la correcta recepción del recién nacido, a identificar probables factores de riesgo, a la asistencia hospitalaria del parto, y resolver de forma inmediata posibles complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mundial de Censos de Población y Vivienda del 2010 América Latina: la medición de la discapacidad a partir de los - CEPAL, Consultada el 2 de octubre 2012, disponible en www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/44570/lcg2496-P_8.pdf.
2. Asamblea Nacional, Constitución del Ecuador 2008, consultada 30 septiembre 2012, disponible en www.asambleanacional.gov.ec/documentos/Constitucion-2008 art.32 sección séptima.
3. Código de la Niñez y la adolescencia art 5, consultada el 4 de octubre 2012, disponible en <http://www.globalinfancia.org.py/>.
4. Derechos Humanos, Niñez y Discapacidad. “Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (Guatemala). 7 de junio de 1999”, consultada el 30 septiembre 2012, disponible en, <http://www.globalinfancia.org.py/uploads/File/ddhhninezdiscapacidad/guatemala.htm>
5. Declaración del Decenio De Las Américas: Por Los Derechos Y La Dignidad De Las Personas Con Discapacidad (2006-2016), Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad ‘consultada el 30 de septiembre en *<http://www.globalinfancia.org.py/uploads/File/ddhhninezdiscapacidad/convención>.
6. Organización Mundial de Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la salud, consultada el 4 de octubre 2012. disponible en <http://conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/Clasificacion-CIF.pdf>
7. Organización de las Naciones Unidas "Declaración Universal de los Derechos Humanos", consultada el 30 de septiembre 2012, disponible en www.un.org/es/documents/udhr<http://www.un.org/es/documents/udhr/>.

8. Derechos Humanos, Niñez y Discapacidad "Declaración del Decenio De Las Américas: Por Los Derechos Y La Dignidad De Las Personas Con Discapacidad (2006-2016). Consultada 30 de septiembre 2012, disponible en <http://www.globalinfancia.org.py/uploads/File/ddhnhinezydiscapacidad/2006.htm>
9. Derechos Humanos, Niñez y Discapacidad. "Declaración Mundial sobre educación para todos": satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje Jomtien, Tailandia", consultada el 30 septiembre 2012, disponible en <http://www.globalinfancia.org.py/uploads/File/ddhnhinezydiscapacidad/tailandia.htm>.
10. Derechos Humanos, Niñez y Discapacidad "Declaración de Salamanca" consultada el 30 septiembre 2012, disponible en <http://www.globalinfancia.org.py/uploads/File/ddhnhinezydiscapacidad/salamanca.htm>
11. Derechos Humanos, Niñez y Discapacidad "Declaración del decenio de las Américas: por los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad (2006-2016)" consultada el 30 septiembre 2012, disponible en <http://www.globalinfancia.org.py/uploads/File/ddhnhinezydiscapacidad/2006.htm>
12. Banco Mundial, Discapacidad y redes de Protección Social en Países en Desarrollo. Consultada 4 de octubre 2010, disponible en http://siteresources.worldbank.org/SAFETYNETSANDTRANSFERS/Resources/SNPri merNote21_Sp.pdf
13. Educación Médica en Salud" Epidemiología de la parálisis cerebral en Europa".
Iladiba
www.iladiba.com/eContent/comments.asp

14. Instituto Nacional de estadísticas y censos Nicaragüense "Concepto y Prevalencia de la discapacidad" consultada el 4 de octubre 2012, disponible en www.inide.gob.ni/endis/doc/endis2.pdf.
15. Organización de las Naciones Unidas "Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad", consultado el 4 de octubre 2012, disponible en www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=500
16. Organización de las Naciones Unidas Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad "Historia de la discapacidad y las Naciones Unidas Cronología 1980-Al momento" consultado el 4 de Octubre 2012, disponible en www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=523
17. Derechos Humanos, Niñez y Discapacidad " Compendio de Leyes" Leyes - Global Infancia ,consultado 4 de octubre 2012, disponible en [www.globalinfancia.org.py/uploads/File/ddhnhinezydiscapacidad/ley internacional y nacional.En caché](http://www.globalinfancia.org.py/uploads/File/ddhnhinezydiscapacidad/ley_internacional_y_nacional.En_caché)
18. Derechos Humanos, Niñez y Discapacidad, "Marco de Acción de Dakar Educación para Todos": cumplir nuestros compromisos comunes". Consultado el 4 de octubre 2012, disponible:
<http://www.globalinfancia.org.py/uploads/File/ddhnhinezydiscapacidad/dakar.htm>
19. Con fuerza, portal de discapacidad en Venezuela "Parálisis Cerebral Infantil" consultado el 4 de Octubre 2012, disponible en www.confuerza.es.tl/parálisis-cerebral-infantil--k1-PCI-k
20. Sistema de Información Científica" Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal Parálisis cerebral infantil: características clínicas y factores relacionados con su atención, consultado el 4 de octubre 2012, disponible redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2111/211116118003.pdf.

21. Banco Mundial (2004), "Population Dynamics", Washington D.C., disponible en: <http://worldbank.org/data/wdi2004/tables/table2-1.pdf>; Latin America and the Caribbean, Washington, 2004, en: http://www.developmentgoals.org/Latin_America_&_the_Caribbean.htm
- 22.- ABELL, H. (1999), "The poorest first: Activities to help people in greatest need", World Health Forum, pp. 182-187.
- 23.-MALDONADO, S. (2005), "¿Exclusión o Discriminación? El Caso de las Personas con Discapacidad en el Mercado Laboral Peruano", Observatorio de la Economía Latinoamericana, pp.14.
- 24.-VOS, R. (2000), "Ecuador 1999: Crisis económica y protección social", Estudios e informes del SIISE, Quito-Ecuador, p.48.
- 25.- GROCE N., GANNOTTI M. (2008), "Marginados de la sociedad: los discapacitados de América Latina", The International Development Research Centre, pp. 18-20.
- 26.-ESCOBAR, Guillermo (2008), "Situación de las Personas con Discapacidad en Iberoamérica", Federación Iberoamericana del Ombudsman (FIO), p.53.
- 27.-PASTORE, J. (2008), "Oportunidades laborales para las personas con discapacidad", Universidad de San Pablo, Río de Janeiro, disponible en: http://www.disabilityworld.org/09-10_01/spanish/trabajo/brazil.shtml
- 28.-AGENCIA PÚBLICA DE NOTICIAS DE ECUADOR Y SURAMÉRICA(2009), "Ecuador impulsa políticas públicas a favor de los discapacitados", disponible en: <http://andes.info.ec/sociedad/ecuador-impulsa-politicas-publicas-a-favor-de-discapacitados-192.html>

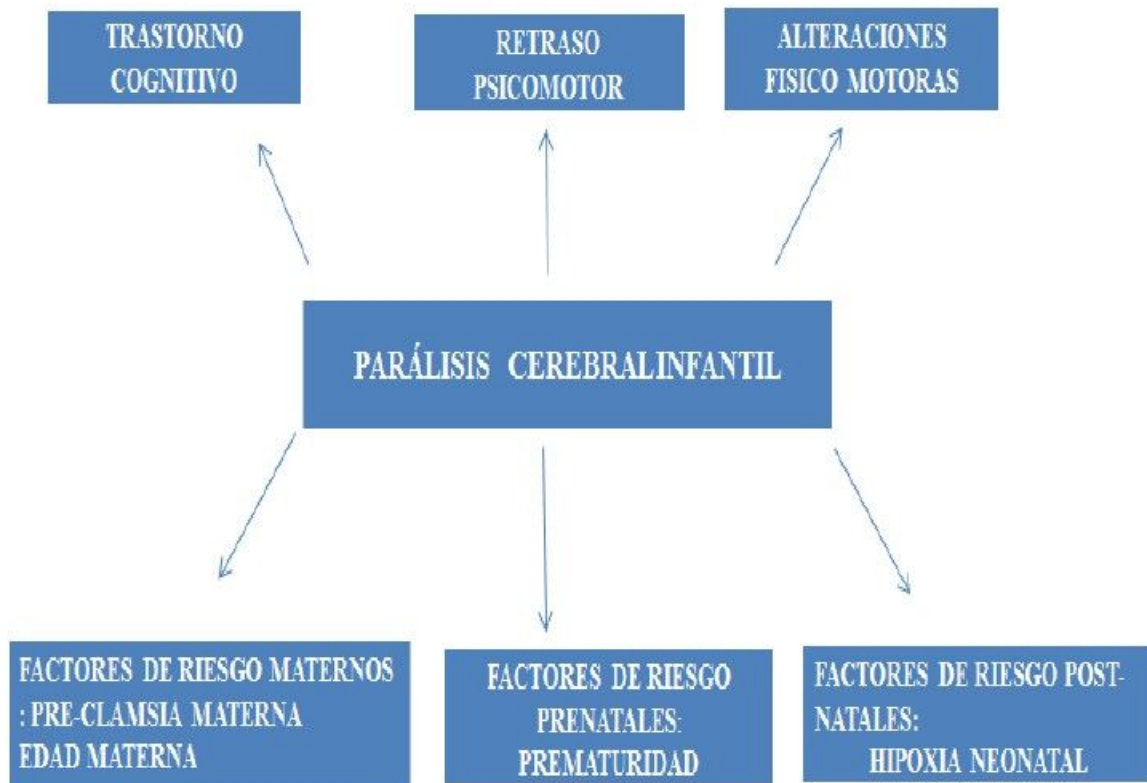
29. MORENO, Lenin (2007), "Programa Ecuador sin Barreras", Vicepresidencia de la República del Ecuador, disponible en: <http://www.vicepresidencia.gob.ec/programas>.
30. Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Paneth N, Dan B. Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. *Dev Med Child Neurol*. 2005; 47(8):571-6.
31. Robaina Castellanos GR, Riesgo Rodríguez S, Robaina Castellanos MS. Evaluación diagnóstica del niño con parálisis cerebral". *Rev Cubana Pediatr [online]* 2007 [consultado 23Oct2008]; 79 (2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>
32. Clark SL, Hankins GD. Temporal and demographic trends in cerebral palsy – Fact and fiction. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 18(3):628-33.
33. Himmelmann K, Hagberg G, Beckung E, Hagberg B, Uvebrant P. The changing panorama of cerebral palsy in Sweden . IX. Prevalence and origin in the birth-year period 1995-1998. *Acta Paediatr*. 2005; 94(3):287-94.
34. Robaina-Castellanos GR, Riesgo-Rodríguez S, Robaina-Castellanos MS. Definición y clasificación de la parálisis cerebral: ¿un problema ya resuelto? *Rev Neurol*. 2007; 45(2):110-7.
35. Robaina Castellanos GR. Parálisis cerebral: nuevos conceptos en una nueva era. *Rev med electrón [online]* 2006; 28 (4). Disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol4%202006/revista%20medica%20vol4%202006.htm>
36. Robaina Castellanos GR, Riesgo Rodríguez S. Prevalencia y tendencias de la parálisis cerebral en Matanzas, Cuba (1996-2002). *Saludarte*; 2009.

37. Blair E, Watson L. Epidemiology of cerebral palsy. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2006; 11(2):117-25.
38. Platt MJ, Cans C, Johnson A, Surman G, Topp M, Torrioli MG. Trends in cerebral palsy among infants of very low birthweight (< 1500 g) or born prematurely (<32 weeks) in 16 European centres: a database study. *Lancet.* 2007; 369(9555):43-50.
39. Nelson KB. Can we prevent cerebral palsy? *N Engl J Med.* 2003; 349(18):1765-9.
11. Hack M, Costello DW. Decrease in frequency of cerebral palsy in preterm infants. *Lancet.* 2007; 369(9555):7-8.
40. Wilson-Costello D, Friedman H, Minich N, Siner B, Taylor G, Schluchter M, et al. Improved neurodevelopmental outcomes for extremely low birth weight infants in 2000-2002. *Pediatrics.* 2007; 119(1):37-45.
41. Robaina Castellanos G, Riesgo Rodríguez S. Factores de riesgo de parálisis cerebral en niños pretérminos nacidos en Matanzas. *Panorama Cuba y Salud.* 2008;3(1):25-39.
42. Badawi N, Watson L, Petterson B, Blair E, Slee J, Haan E. What constitutes cerebral palsy? *Dev Med Child Neurol.* 1998; 40(8):520-7.
43. OPS. Taller para la revisión final del Manual de Procedimientos de Perinatología. La Habana: Escuela de Entrenamiento y Rehabilitación "República de Panamá"; 2009.
44. Colectivo de Autores. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000. p. 396-401.
45. Academia Americana de Pediatría. Reanimación Neonatal. 5ta ed. Estados Unidos; 2006.

46. Deulofeut R, Critz A, Adams-Chapman I, Sola A. Avoiding hyperoxia in infants ≤ 1250 g is associated with improved short- and long-term outcomes. *J Perinatology*. 2006; 26:700-5.
47. Toledo Santana N. Estrategia de intervención para disminuir la mortalidad por Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido en el Hospital Docente Ginecobstétrico Provincial de Matanzas “Dr. Julio Alfonso Medina”. [Tesis presentada en opción al título de Máster en Atención Integral al Niño]. Matanzas; 2008.
48. Roiz-Hernández J, Navarro-Solís E, Carreón-Vadez E. Lamellar bodies as a diagnostic test of fetal lung maturity. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002; 77(3):217-21.

Anexos

ANEXO 1: ARBOL DE PROBLEMAS



ANEXO 2: ENCUESTA PARA PADRES/ CUIDADORES



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE MAESTRIAS

FORMULARIO N°1

ENCUESTA PARA PADRES Y/O CUIDADORES

N° de Historia Clínica.

1.- Nombre del Paciente.

2.- Edad.

3.-Sexo.

4.- Fecha de Nacimiento.

5.- Dirección.

4.- **¿Qué tipo de servicios básicos tiene?**

Agua.

Alcantarillado.

Pozo séptico.

Luz

5.-**Procedencia**

Urbana Rural Urbano marginal

6.- **Casa Propia**

Sí No

7.- **Tipo de vivienda**

Madera Cemento Caña Mixta.

8.- **Acude Controles de Salud:**

Sí No

9.- Tiene esquema de vacunación completo su niño

Sí No

10.- Lactancia Materna

Sí No

11. Qué tipo de Lactancia Materna Ud. le proporcionó a su hijo(a) durante los primeros seis meses de vida:

12.-Edad Gestacional al nacer.

>36 semanas < 36 semanas

13.- Tipo de Parto

Vaginal Cesarea

14.- Su hijo(a) ha padecido o padece de algún Tipo de Discapacidad y cuál es el Porcentaje.

Sí No

15.-Datos de madre o cuidador:

16.-La edad suya está comprendida en el grupo de edad:

_____ Menor de 19 años

_____ De 19-45 años

_____ Mayor de 45 años

17.-Estado laboral de madre o Cuidador Trabaja:

Sí No

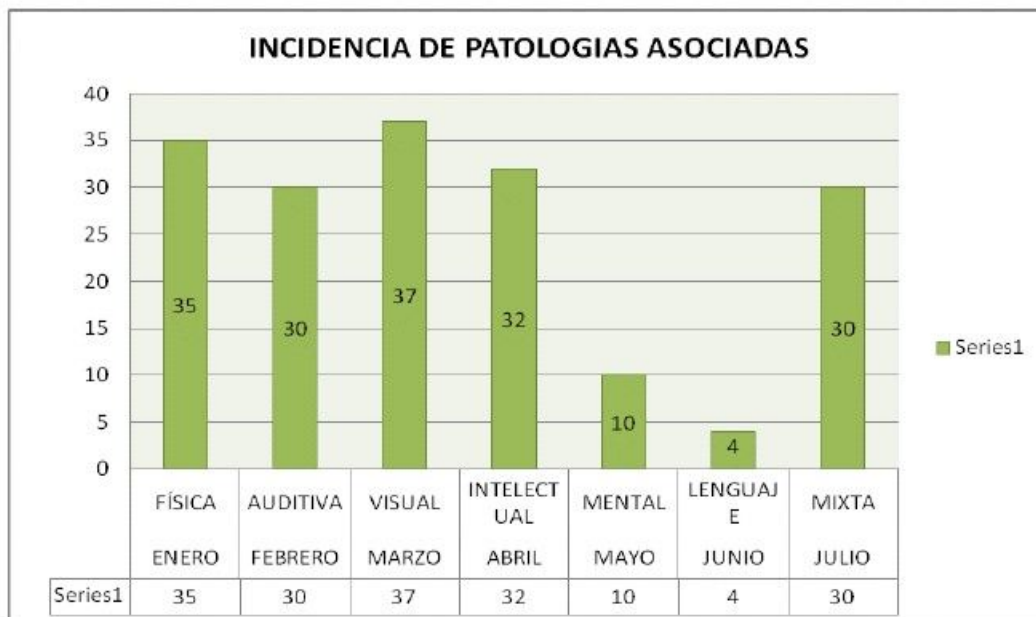
ANEXO 3: GRAFICOS Y TABLAS

Gráfico 1: Incidencia de Consultas por mes



Fuente: Hospital Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel
Elaboración: Dra. Regina Paiva

Gráfico 2: Incidencia de patologías asociadas



Fuente: Hospital Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel
Elaboración: Dra. Regina Paiva

Gráfico 3: Prevalencia de patologías asociadas



Fuente: Hospital Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel
Elaboración: Dra. Regina Paiva

Tabla 1: Patologías Asociadas

TIPO	PCD'S	Por ciento
FÍSICA	150	51%
AUDITIVA	21	7,14%
VISUAL	20	6.8 %
INTELLECTUA	58	19,70%
MENTAL	41	13.9%
LENGUAJE	4	1.3 %
TOTAL	294	100%

Fuente: Hospital Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel
Elaboración: Dra. Regina Paiva

Gráfico 4: Lugar de procedencia

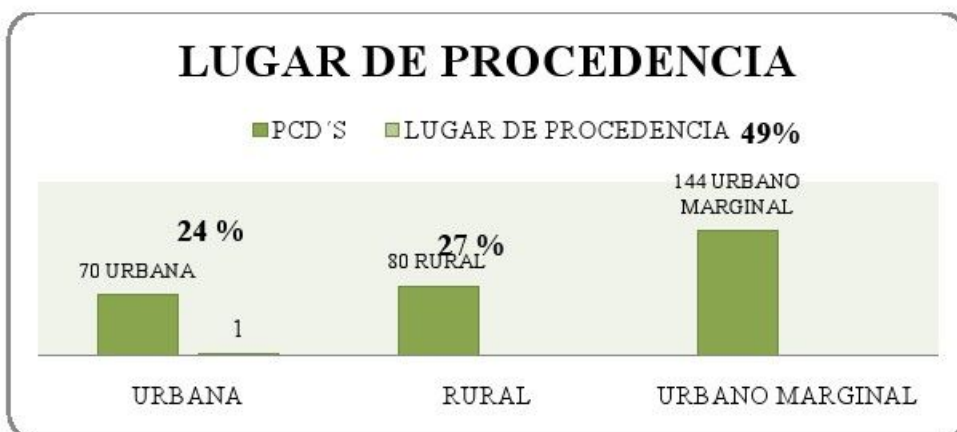


Gráfico 4: Lugar de Procedencia

Fuente: Hospital Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel
 Elaboración: Dra. Regina Paiva

Tabla 2: Lugar de Procedencia

PROCEDENCIA	PCD'S	Por ciento
URBANA	70	24 %
RURAL	80	27 %
URBANO MARGINAL	144	49 %
TOTAL	294	100 %

Fuente: Hospital Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel
 Elaboración: Dra. Regina Paiva

Gráfico 5: Sexo de los pacientes



Fuente: Hospital Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel
 Elaboración: Dra. Regina Paiva

Tabla 3: Sexo de pacientes

SEXO	No	PORCIENTO
MASCULINO	136	46.2 %
FEMENINO	158	53.7 %
TOTAL	294	100 %

Fuente: Hospital Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel

Elaboración: Dra. Regina Paiva

Gráfico 6: Educación de los Padres



Fuente: Hospital Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel

Elaboración: Dra. Regina Paiva

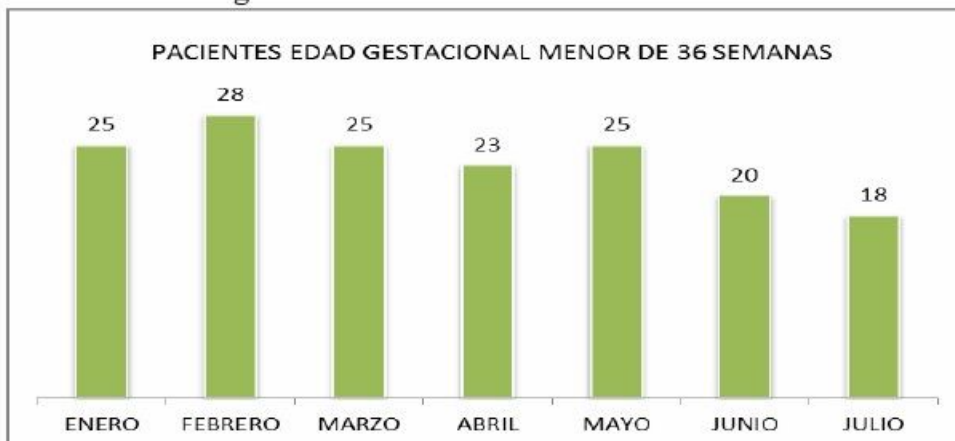
Tabla 4: Nivel Escolar de los padres

EDUCACION DE LOS PADRES	PADRE	MADRE
ANALFABETO	26	73
PRIMARIA	150	87
SECUNDARIA	72	29
NO REPORTA	46	0

Fuente: Hospital Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel

Elaboración: Dra. Regina Paiva

Gráfico 7: Edad gestacional menor de 36 semanas



Fuente: Hospital Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel
Elaboración: Dra. Regina Paiva

Tabla 5: Edad Gestacional Menor de 36 semanas

EDAD GESTACIONAL MENOR DE 36 SEM AL MOMENTO DEL PARTO		
MESES	NÚMERO DE PACIENTES	EDAD GESTACIONAL
ENERO	25	34 SG
FEBRERO	28	35
MARZO	25	33
ABRIL	23	35
MAYO	25	35
JUNIO	20	35
JULIO	18	34
TOTAL	164	

Fuente: Hospital Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel
Elaboración: Dra. Regina Paiva

Tabla 6: Edad Gestacional mayor de 36 semanas

EDAD GESTACIONAL MAYOR DE 36 SEM AL		
MESES	NÚMERO DE PACIENTES	EDAD GESTACIONAL
ENERO	18	37
FEBRERO	15	37
MARZO	17	38
ABRIL	17	39
MAYO	15	39
JUNIO	24	40
JULIO	24	40
TOTAL	130	

Fuente: Hospital Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel
Elaboración: Dra. Regina Paiva

Gráfico 8: Edad materna al Momento del Parto



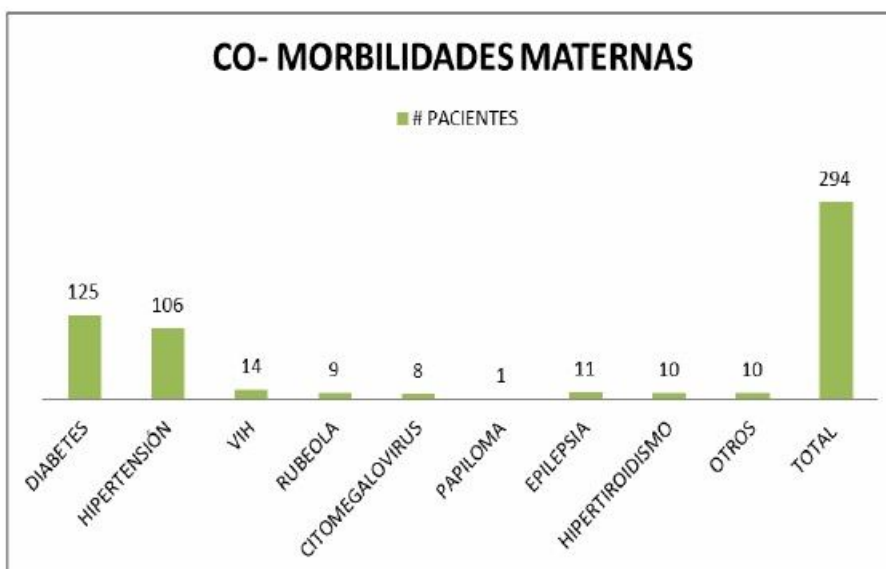
Fuente: Hospital Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel
Elaboración: Dra. Regina Paiva

Tabla 7: Edad materna al Momento del parto

EDAD MATERNA AL MOMENTO DEL PARTO		
RANGO DE EDAD	EDAD MATERNA	%
15-19 AÑOS	140	47,6
20-45 AÑOS	140	47,6
MAYOR A 45	14	4,8
TOTAL	294	

Fuente: Hospital Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel
Elaboración: Dra. Regina Paiva

Gráfico 8: Patologías Maternas Agregadas



Fuente: Hospital Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel
Elaboración: Dra. Regina Paiva

Tabla 8: Patologías Maternas Agregadas

COMORBILIDADES MATERNA DURANTE EL EMBARAZO		
PATOLOGÍAS AGREGADAS	# PACIENTES	%
DIABETES	125	42,5
HIPERTENSIÓN	106	36,1
VIH	14	4,8
RUBEOLA	9	3,1
CITOMEGALOVIRUS	8	2,7
PAPILOMA	1	0,3
EPILEPSIA	11	3,7
HIPERTIROIDISMO	10	3,4
OTROS	10	3,4
TOTAL	294	

Fuente: Hospital Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel

Elaboración: Dra. Regina Paiva

ANEXO 4. PROPUESTA

Intervenciones que se proponen a nivel de la atención primaria de salud.

Ésta incluye la prevención y control de las enfermedades más frecuentes que afectan a la madre y la prevención de la amenaza de parto pre término.

Las acciones a desarrollar estarán dirigidas al control de las siguientes enfermedades: la enfermedad hipertensiva durante el embarazo, la diabetes mellitus, la malnutrición por defecto/anemia, la obesidad, las enfermedades autoinmunes y las infecciones del tracto urogenital, dentro de las cuales se destaca el denominado síndrome de flujo vaginal.

Las medidas concretas que se proponen realizar son las siguientes:

Modificar la estructura y método de trabajo de las consultas de riesgo reproductivo a nivel de cada área de salud, con un enfoque novedoso y un espectro multidisciplinario más amplio, que le permita asumir el papel rector en la evaluación del riesgo reproductivo, teniendo como meta principal brindar orientación a las parejas en edad fértil y no sólo la identificación del riesgo reproductivo o el acopio de información estadística acerca del comportamiento del mismo.

En cada centro de salud debería haber un especialista en obstetricia y ginecología, un especialista en medicina interna, un máster en asesoramiento genético y un psicólogo dedicados a esta actividad, para que, en coordinación con el médico de familia de cada consultorio, realicen anualmente la evaluación del riesgo asociado a la reproducción y al

embarazo en todas las mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 49 años, y la de sus parejas sexuales.

En esta consulta se podía realizar la orientación a las parejas sobre la elección del momento óptimo para la concepción de un embarazo, los métodos contraceptivos de elección de acuerdo a sus peculiaridades, y se realizaría la orientación inicial a las parejas con problemas de infertilidad, brindando asesoramiento no solamente genético, sino integral, a las parejas con respecto a la concepción (antes y luego de que ocurra la misma) según un enfoque clínico integral basado en los antecedentes patológicos familiares, el examen físico y los resultados de determinados exámenes complementarios y pruebas de pesquisaje que se mencionarán más adelante.. Realizar un pesquisaje masivo de la incidencia de hipertensión arterial antes de la gestación en las mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años de edad.

Las mujeres que resultaran ser diagnosticadas como hipertensas, se les debería indicar un estudio completo (incluyendo hemograma, glicemia, urea, creatinina, ácido úrico, ultrasonido renal y fondo de ojo) con vista a determinar sus posibles causas y la gravedad de esta condición patológica, con vista al tratamiento de las mismas. En las consultas de riesgo reproductivo se deberá realizar una labor de educación sanitaria y nutricional a estas pacientes, mediante la acción coordinada con los Grupos de Apoyo Nutricional que deben funcionar en cada área de salud.

Realizar una intervención de tipo educativa dirigida a promover hábitos saludables y cambios en los estilos de vida relacionados con la ocurrencia de hipertensión arterial, infecciones cérvico-vaginales, anemia y malnutrición por defecto en las mujeres en edad fértil y en las niñas, a nivel comunitario, a través de charlas directas y/o a través de los medios de difusión masiva locales.

Mantener un control estricto de la glicemia en todas las mujeres diabéticas en edad fértil desde antes de la concepción, a través de su seguimiento por las consultas de endocrinología y del médico de la familia, ya que el periodo crítico de riesgo para la prevención de anomalías congénitas (primeras 6-12 semanas de la gestación) usualmente pasa antes de que se haya establecido el diagnóstico de embarazo. Realizar en cada centro de salud a todas las gestantes a las 28 semanas de gestación el test supinopresor, con vista al diagnóstico precoz de la preeclampsia, y la determinación de la biometría fetal por ultrasonido obstétrico.

Cumplir con la dispensarización de las mujeres con anemias carenciales, malnutrición por defecto y por exceso, y ofrecer asesoramiento dietético a través de las consultas de nutrición de cada área de salud

Indicar pruebas de laboratorio básicas para el diagnóstico de colagenosis en mujeres en edad fértil con antecedentes de familiares de primer grado con colagenosis y enfermedades reumatoideas, antes de que se produzca un embarazo.

- Intervenciones que se proponen durante el parto.

La inducción del parto en los embarazos antes de las 37 semanas se ha asociado en forma variable a la ocurrencia de PC congénita en estos niños. La acción que se propone es la limitación de la inducción del parto y su realización con la técnica recomendada en la literatura.

No obstante, aunque en las recomendaciones actuales para la realización de este proceder se plantea que se debe aceptar que se produjo un fallo en la inducción cuando a las 24-36 horas de haber iniciado la misma no se haya producido aún el nacimiento, es el criterio de la autora de este trabajo y de varios especialistas en Obstetricia

consultados, que el límite de 24-36 horas para considerar fallo de inducción parece algo tardío, sugiriéndose un límite de hasta 12 horas,

- Intervenciones que se proponen durante la atención del recién nacido.

Se ha recomendado, además, mantener la saturación arterial de oxígeno en niños con peso al nacer < 1 250 gramos en valores entre 85-93 %, lo cual se ha asociado a una disminución significativa en la morbilidad neonatal sin efectos deletéreos en el neurodesarrollo a los 18 meses de edad corregida.

Dar a conocer a las autoridades competentes la necesidad de poder contar con un sistema de aspiración central tanto en la sala de partos como en el servicio de Neonatología, así como de los dispositivos necesarios para realizar la aspiración del meconio de la vía aérea directamente a través del tubo endotraqueal, en los niños que nacen deprimidos y con líquido amniótico meconial.

Realizar una evaluación exhaustiva del riesgo perinatal que permita la derivación de las embarazadas con alto riesgo hacia los centros de mayor nivel de atención perinatal.