

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



PASANTIA PROFESIONAL:

**TRATAMIENTO DE TORTICOLIS CONGENITA EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE FISIOTERAPIA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
NACIONAL DE LA MUJER “DRA. MARÍA ISABEL RODRIGUEZ”
DURANTE EL PERIODO AGOSTO DE 2022 A ENERO DE 2023**

INTEGRANTE:

ANA ROCIO CHAVEZ MAZARIEGO

**INFORME FINAL BAJO LA MODALIDAD DE PASANTIA DE PRACTICA
PROFESIONAL PARA OPTAR POR EL GRADO ACADEMICO DE LICENCIATURA EN
FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

DOCENTE ASESOR:

LCDO. JULLIO ERNESTO BARAHONA JOVEL

AGOSTO 2022

SAN SALVADOR, EL SALVADOR

Maestro Roger Armando Arias Alvarado
Rector de la Universidad de El Salvador

PhD. Raúl Ernesto Azcunaga López
Vicerrector Académico de la Universidad de El Salvador

Ing. Juan Rosa Quintanilla Quintanilla
Vicerrector Administrativo de la Universidad de El Salvador

Msc. Francisco Antonio Alarcón Sandoval
Secretario General de la Universidad de El Salvador.

Msc. Josefina Sibrián de Rodríguez
Decana de la Facultad de Medicina.

Doctor Saúl Díaz Peña
Vicedecano de la Facultad de Medicina.

Lcdo. José Eduardo Zepeda Avelino
Director de la Escuela de Ciencias de la Salud.

Lcda y Mcp. Ana Catalina Mejía de Guardado
Directora de la carrera de Licenciatura en Fisioterapia y Terapia Ocupacional.

TRABAJO DE GRADO APROBADO POR:

Lcdo y Mcp. Jullio Ernesto Barahona Jovel

Docente Asesor de Procesos de Graduación:

Lcda y Mcp. Ana Catalina Mejía de Guardado

Coordinadora de Procesos de Grado:

Lcda. Jessica Jasmín López Villalta.

INDICE

CAPÍTULO I	1
1. PLANTEAMIENTO DE LA OPORTUNIDAD O NECESIDAD DEL TRABAJO	1
1.1. JUSTIFICACIÓN	2
1.2. OBJETIVOS	3
1.2.1. OBJETIVO GENERAL:	3
1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:	3
CAPÍTULO II	4
MARCO TEÓRICO	4
2.1. INTRODUCCIÓN	4
2.2. ANATOMIA DEL CUELLO	5
2.3. TRIÁNGULOS Y REGIONES DEL CUELLO	5
2.3.1. TRIANGULO ANTERIOR DEL CUELLO	5
2.3.2. TRIANGULO POSTERIOR DEL CUELLO	6
2.4. MUSCULOS DE LA REGIÓN DEL CUELLO	6
2.4.1. MUSCULO ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO	7
2.5. ANATOMIA Y FISILOGIA DEL RECIEN NACIDO	7
2.6. DEFINICIÓN DE TORTÍCOLIS	7
2.7. CLASIFICACION DE LA TORTÍCOLIS	8
2.9. INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA TORTICOLIS CONGENITA	9
2.10. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	10
2.11. CONSECUENCIAS DE LA TORTICOLIS CONGENITA	11
2.12. TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO	12
2.12.1. INDICACIONES PARA APLICAR LA TERAPIA	12
2.12.2. TECNICAS DE TRATAMIENTO	12
2.12.3. PRECAUCIONES PARA TENER EN CUENTA:	13
2.12.4. TRATAMIENTO EN CASA	13
CAPITULO III	14
DISEÑO METODOLÓGICO	14
CAPITULO IV	18
4.0. CONTRIBUCIÓN DEL TRABAJO	18
4.1. LIMITACIONES	18
CAPITULO V	19

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	19
5.1. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.....	30
VI. CONCLUSIONES.....	32
6.1. RECOMENDACIONES.....	33
BIBLIOGRAFÍA.....	34
ANEXOS.....	35

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DE LA OPORTUNIDAD O NECESIDAD DEL TRABAJO.

La atención de Fisioterapia en el Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” en el área de consulta externa se ve enfocada en realizar una evaluación física a bebés recién nacidos de término y prematuros en la cual, en base a los resultados obtenidos de ésta, brindar tratamiento a las alteraciones musculoesqueléticas que se detecta en los bebés al realizar la evaluación física como lo son torticolis muscular congénita, pie varo, pie talo, pie equino, pie equino-varo y pie cavo, entre otras malformaciones que presentan algunos recién nacidos como lo es la displasia de cadera.

La tortícolis congénita puede considerarse un signo clínico y no precisamente una patología y es la tercera malformación más frecuente en el recién nacido, después de las displasias de cadera y pie equino varo. Su incidencia es de 0.4 y 1.9 % de los nacimientos y es más frecuente en el sexo masculino. (1)

Afecta a los niños recién nacidos debido a la posición que adopta por mucho tiempo en el útero de la madre lo que causaría la inclinación de la cabeza con un acortamiento del músculo esternocleidomastoideo afecto o diversas causas como la macrosomía fetal, entre otros; complicando la rotación cervical del niño, produciendo dolor en el músculo afecto y es así como adquieren posturas inadecuadas generando futuras deformidades que en los primeros años de vida que serán más evidentes como el inclinar la cabeza en una dirección, si se amamanta, tendrá dificultad para mamar de un pecho y tendrá preferencias para mamar de un solo lado, prefiere mirar por encima del hombro en vez de poder girarse para seguir con los ojos su alrededor y comenzará a sentirse frustrado por no poder girar la cabeza por completo, el mantener la inclinación de cuello procederá a desarrollar aplanamiento de cráneo, se podrá observar una asimetría en la boca, pómulos, ojos y pabellones auriculares, la piel se encontrará enrojecida y se presentara una contractura en el músculo del lado afecto evitando que el niño presente un buen desarrollo normal.

1.1. JUSTIFICACIÓN.

En el área de consulta externa de fisioterapia del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” se realiza la exploración física a los niños recién nacidos y posteriores a ello, se les brinda tratamiento a todas las malformaciones musculoesqueléticas.

Los tratamientos fisioterapeúticos más frecuentes en pacientes con tortícolis congénita incluyen masaje en músculo esternocleidomastoideo, si es que lo requiere, ejercicios de estiramiento y posturas correctivas de cuello, junto con la educación para los padres con el trabajo en casa sobre cambios posturales, posición de alimentación, entre otros. Beneficiando en la prevención de contracturas, aplanamiento del cráneo y mejora la rotación del cuello para un mejor desarrollo y calidad de vida del niño/a.

Con la pronta intervención del tratamiento de fisioterapia a los niños/as recién nacidos y a la vez, trabajando junto con los padres de familia ya que son el pilar fundamental para que su niño pueda mostrar resultados progresivamente favorables.

Por lo tanto, se justifica la necesidad de demostrar que el tratamiento de fisioterapia en el área de consulta externa del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” es efectivo para la recuperación de los niños que presentan esta condición, lo cual se demostrará llevando un registro de los pacientes atendidos y la evolución de su recuperación en el periodo Agosto de 2022 a Enero del 2023.

1.2. OBJETIVOS.

1.2.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la importancia del tratamiento de torticollis congénita en niños/as atendido en el servicio de fisioterapia de consulta externa del hospital nacional de la mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, durante el periodo Agosto de 2022 a Enero de 2023

1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Evaluar niños/as con torticollis congénita que asisten al área de consulta externa de Fisioterapia del hospital nacional de la mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”.
- Aplicar el tratamiento de torticollis congénita a los niños/as que asisten en el área de consulta externa de fisioterapia del Hospital Nacional de la mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”.
- Presentar los resultados obtenidos del tratamiento de torticollis congénito que se le brindó a los niños/as en el área de consulta externa de Fisioterapia del Hospital Nacional de la mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.

2.1. INTRODUCCIÓN.

Las actividades en el servicio de Fisioterapia en el Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” se enfoca en dos áreas: el área en consulta externa y el área de hospitalización.

La atención de fisioterapia en el área de consulta externa se atiende a bebés recién nacidos de término y prematuros donde se enfoca en realizar evaluación física y en base a los resultados obtenidos, se le brinda tratamiento a alteraciones musculoesqueléticas que se detectan brindando un seguimiento en el transcurso del desarrollo del niño hasta el año de vida si el paciente lo amerita. También, se brinda atención a pacientes adultas para tratar adherencias pélvicas, rehabilitación post mastectomías, parálisis facial periférica, cervicalgia, lumbalgia, lumbociáticas, tendinitis de Quervain, entre otros, mediante una referencia interna.

Luego se encuentra el área de hospitalización donde se brinda una evaluación física a todos los bebés recién nacidos diariamente en los diferentes servicios como: Puerperio (Parto vaginales), Cirugía Obstétrica (partos abdominales) y Recién Nacidos Cuidados Mínimos. Adicionalmente, se brinda atención y evaluación a bebés prematuros de alto riesgo en servicios de UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) y RI (Recién Nacidos Intermedios). Además, se le da atención fisioterapéutica por encamamiento prolongado a pacientes adultas que encuentran ingresadas en los diferentes servicios que brinda el hospital.

Uno de los tratamientos que se brinda en el área de consulta externa en el servicio de fisioterapia con más frecuencia es el tratamiento para la tortícolis congénita, patología de la cual es que estará enfocado este trabajo.

2.2. ANATOMIA DEL CUELLO.

El cuello es una región anatómica que se encuentra entre el segmento cervical y del tórax, acompañado de varios grupos musculares, su función es múltiple, incluyendo todos los músculos articulares del tronco y la columna; los músculos que mueven la cabeza y músculos implicados en la respiración y es la vía de paso de los elementos vasculares, viscerales y nerviosos.

Su forma es cilíndrica y posee un tallo osteoarticular por la columna cervical. Su morfología varía con la edad, sexo, obesidad y su longitud varia de un individuo a otro: 8 cm en el hombre y 7 cm en la mujer como término medio, sin embargo, en un niño recién nacido, el cuello es delicado y corto. (2)

2.3. TRIÁNGULOS Y REGIONES DEL CUELLO.

El músculo esternocleidomastoideo divide el cuello en dos triángulos principales: anterior y posterior, cada uno de los cuales tiene a su vez alguna subdivisiones importantes como referencia anatómica y son regiones anatómicas clave ya que albergan todas las estructuras del cuello, incluyendo glándulas, nervios, vasos sanguíneos y ganglios linfáticos.

El cuello se divide en dos mitades iguales por la línea media la cual se extiende desde la sínfisis mandibular hasta el manubrio del esternón.

El músculo esternocleidomastoideo debido a su trayecto oblicuo (posterosuperior), subdivide al cuello en un triángulo anterior y otro posterior.

2.3.1. TRIANGULO ANTERIOR DEL CUELLO.

Es una zona triangular del cuello que se ubica anterior al músculo esternocleidomastoideo.

Está conformado por el borde anterior del esternocleidomastoideo lateralmente, por la línea media del cuello medialmente y por el borde inferior de la mandíbula superiormente; el vértice del triángulo anterior se extiende hacia el manubrio del esternón.

Este triángulo se puede subdividir en el triángulo submandibular, el triángulo submentoniano, triángulo muscular y el triángulo carotídeo. (Anexo 1)

Su forma es cilíndrica y posee un tallo osteoarticular por la columna cervical. Su morfología varía con la edad, sexo, obesidad, entre otros, su longitud varía de un individuo a otro: 8 cm en el hombre y 7 cm en la mujer como término medio, sin embargo, en un niño recién nacido, el cuello es delicado y corto.

2.3.2. TRIANGULO POSTERIOR DEL CUELLO.

Este se encuentra en la región posterior, se encuentra delimitada y ubicada por detrás del músculo esternocleidomastoideo. Presenta tres bordes: El borde anterior es el borde posterior del músculo esternocleidomastoideo.

El borde posterior se define por el borde anterior del músculo trapecio, mientras que el borde inferior está representado por el tercio medio de la clavícula. Figura 4. Este triángulo se puede subdividir en un triángulo occipital y un triángulo omoclavicular. (3) (Anexo 1)

2.4. MUSCULOS DE LA REGIÓN DEL CUELLO.

Los músculos de la región del cuello de manera didáctica se pueden dividir en 5 regiones que pueden ser:

- **Región anterior del cuello:** Musculo Platisma o cutáneo del cuello.
- **Músculos suprahioides:** Musculo digástrico, estiloides, miloiodo, genioide.
- **Músculos infrahioides:** Musculo esternohioideo, esternotiroideo, tiroideo, omohioideo.
- **Músculos de la región prevertebral:** Músculo largo de la cabeza, recto anterior de la cabeza, cuello largo.
- **Región lateral del cuello:** Musculo escaleno anterior, escaleno medio, escaleno posterior, el recto lateral de la cabeza.

El musculo principal de la región lateral del cuello que nos centraremos es el Musculo Esternocleidomastoideo.

2.4.1. MUSCULO ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO.

El musculo de la tortícolis congénita más afectado es el *músculo esternocleidomastoideo*, que es una banda fuerte que se origina en el proceso mastoideo del hueso temporal donde surge en la parte lateral superior y se inserta la cara anterior del manubrio del esternón a lo largo de la cara superior y del borde anterior 1/3 medial de la clavícula (cara medial clavicular); su inervación se encuentra entre las vértebras C2-C3 y la parte espinal del nervio accesorio (XI par craneal).

La acción del músculo esternocleidomastoideo es realizar la rotación, inclinación, extensión y la flexión de la cabeza que se mueve a través del nervio espinal accesorio que proporciona suministro motor y a su vez, realiza una acción inspiratoria. (4)

Las funciones del músculo esternocleidomastoideo son muy complejas, a medida que ambos músculos se contraen flexionando la cabeza, pasan de la última fase de los movimientos de rotación y extensión de la cabeza. (4) (Anexo 2)

2.5. ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL RECIEN NACIDO.

En los niños recién nacidos, la cabeza es relativamente más grande con un occipucio en la parte posterior de la cabeza donde la fontanela y las suturas del cráneo se van cerrando de manera que se terminan de acoplar al mes de nacido, mientras que el cuello es corto y los músculos se encuentran débiles por lo que en el transcurso del desarrollo psicomotor estos se van fortaleciendo. (5) (Anexo 3)

2.6. DEFINICIÓN DE TORTÍCOLIS.

El término tortícolis deriva del latín "tortus" "collum" que significa cuello curvo, por lo que se define como una deformidad muscular que hace que el cuello se incline hacia un lado, asociado a rotación externa y flexión de la cara contralateral.

2.7. CLASIFICACION DE LA TORTÍCOLIS.

Existen 3 tipos en orden de gravedad creciente:

- **Postural:** En la que el bebé tiene preferencia a un lado donde solamente es plenamente posicional, sin poseer ninguna tensión muscular ni restricción de rango de movimiento pasivo.
- **Muscular:** Se palpa una tensión del músculo esternocleidomastoideo y existe una limitación del rango de movimiento pasivo.
- **Masa en el músculo o también llamado fibromatosis colli:** Involucra un engrosamiento del músculo esternocleidomastoideo. (6)

2.8. ETIOLOGÍA.

Campbell, señala que se trata de una Fibromatosis Colli, La marcó como una masa de la parte inferior del músculo esternocleidomastoideo por ser firme, blanca y fibrosa y se caracteriza por una desviación de la cabeza hacia el lado afectado con una rotación del mentón hacia el lado sano.

- **Causas antes del parto:** La teoría de Peterson donde plantea que se produce una metaplasia fibrosa muscular durante el período fetal lo que causa una compresión del músculo esternocleidomastoideo durante la vida fetal a causa de una isquemia, debido a la compresión de la arteria tiroidea que irriga la porción más distal del músculo esternocleidomastoideo.

Voelcler, contribuyó al estándar de factores mecánicos exógenos en el período fetal donde el feto se posiciona en una posición transversa o podálica en el útero, donde cualquier factor que reduzca el volumen uterino tiende a fijarse en dicha posición y causa que gire la cabeza lateralmente, lo que resalta fuerza de deformación.

Todo esto se agudizará en el momento del parto debido a la posición en la que se encuentra la pelvis es un factor distónico que favorece los traumatismos y lesiones físicas en el esternocleidomastoideo.

- **Causas durante el parto:** La teoría de Stromeier que indica un desgarro o lesión en el músculo esternocleidomastoideo que puede ser la causa de la tortícolis congénita durante el parto donde puede provocar un hematoma palpable, similar a un edema o tumor cervical, que evoluciona hacer que el músculo se contraiga. (7)

Otros autores indican que la causa es desconocida, debido a varias teorías; ya que hay otras causas como la distocia, un anormal síndrome neuromuscular e incluso compartimental durante el parto, así como también cualquier alteración que modifique la relación útero/producto creando un movimiento restringido y/o el crecimiento de feto puede desencadenar a un torticollis muscular congénita.

Al compartir factores de riesgo el 20% de los niños presencia de tortícolis muscular congénita suelen presentar también una displasia congénita de cadera, 10% pie aducto varo, por lo que es importante explorar Física completa.

2.9. INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA TORTICOLLIS CONGENITA.

La tortícolis muscular congénita (TMC) presenta una incidencia en recién nacidos del 0,4 % al 1,9 %, considerándose la tercera enfermedad ortopédica más comúnmente diagnosticada en la infancia.

Los factores de riesgo asociados a esta patología son: disminución del movimiento fetal, oligohidramnios, presentación de podálica o transversa, parto con fórceps de asistencia, trauma perineal durante el parto, embarazo múltiple (generalmente afecta a los bebés que se encuentran en la parte inferior del útero o a ambos por igual dependiendo de su posición en la que se encuentran), Peso y talla al nacer por encima de lo normal, entre otros.

Al compartir factores de riesgo el 20% de los niños presencia de tortícolis muscular congénita suelen presentar también una displasia congénita de cadera, 10% pie varo, por lo que es importante explorar física completa. (8)

2.10. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- **Anamnesis:** Por medio de esta, se evidenciará la deformidad en el momento del parto o en los primeros días de vida.
- **Exploración física:** Se logra observar que la cabeza se encuentra inclinada hacia el hombro del lado afecto, hombros se encuentran ligeramente elevados; el mentón gira hacia el lado sano, también se observa en algunos casos una asimetría facial y de cráneo, caracterizado por un abultamiento cóncavo, con cierto aplanamiento en el borde convexo del cráneo.
- En otros casos, los ojos no están en un plano horizontal, sino que se encuentran de manera oblicua y esto da como resultado un campo de visión reducido en el ojo contralateral, en el que se recupera después de la corrección de la deformidad, sin que se presente ningún problema de visión en ambos ojos. (9)

Cuando se presenta una asimetría facial, apenas se desarrollan las regiones del ángulo orbitario, cigomático y mandibular del lado afectado y en la región nasal donde se observaría una desviación del tabique nasal hacia el lado afecto y asimetría de la fosa nasal vestibular.

Sobre la asimetría del cuello, visto del lado afectado se observaría: una inclinación de la cabeza, en algunos casos hay enrojecimiento y se puede observar o palpar una contractura del área del músculo esternocleidomastoideo lo que conlleva a reducir el rango de movimiento activo y pasivo, como la flexión, extensión y rotación de cuello. (10)

2.11. CONSECUENCIAS DE LA TORTICOLIS CONGENITA.

Cuando no se realiza un pronto tratamiento para el tortícolis congénita, puede ocasionar posibles consecuencias que afectarían a un largo plazo al niño, estas pueden ser:

1. La posición asimétrica de la cabeza puede dar lugar a una *plagiocefalia* que es donde la se encuentra marcada la rotación cervical, la cabeza se apoya contra la superficie de apoyo y crea una región occipital plana del lado afecto.

La *plagiocefalia* debido a la asimetría que el niño puede desencadenar trastornos musculoesqueléticos como puede ser variación en el tono muscular y por la posición asimétrica por los cóndilos occipitales puede desencadenar una escoliosis en la columna vertebral.

2. La asimetría que presenta en el cráneo genera una asimetría facial, en donde los tamaños de las orbitas oculares son diferentes generando que el acomodamiento de la vista sea de manera asimétrica, por lo que puede crear problemas oculares en el niño como miopía, hipermetropía o estrabismo y necesite tratamiento con anteojos u optometría.
3. La asimetría facial se observa a nivel mandibular, quiere decir, que se genera una torsión de las dos hemimandíbulas que puede generar problemas de oclusión dental (mordida cruzada) y el niño puede necesitar ortodoncia o alguna cirugía dental. (11)
4. Debido a que la cabeza no tiene un movimiento simétrico, puede ocurrir que al niño se le dificulte mantener el control de su cabeza cuando se encuentre en decúbito prono, impedirá los giros en ambos lados y no podrá mantenerse en sedestación generando un retraso en el desarrollo psicomotor.
5. Para el recién nacido, el mantener una rotación de cabeza hacia un lado puede dificultar que agarre del pezón y presente dificultad para alimentarse ya sea que el bebé presente irritabilidad en el cuello afecto lo que puede ocasionar una posible pérdida de peso debido a que no se alimenta correctamente y la madre puede sufrir dolor en el pecho y heridas que le puede generar el niño como una respuesta a su dolor. (12)

2.12. TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO.

En el servicio de consulta externa del área de fisioterapia del Hospital Nacional de la Mujer (Anexo 4) en el manejo del tratamiento de la tortícolis congénita es mediante:

2.12.1. INDICACIONES PARA APLICAR LA TERAPIA.

Antes de la realización del tratamiento, se debe tener en cuenta:

1. El lugar debe de ser tranquilo.
2. Descubrir el área a tratar siempre con la precaución que el bebé no entre en hipotermia.
3. Se coloca el bebé en decúbito supino con la cabeza hacia el terapeuta.
4. El tratamiento que se realice va dependiendo de las características individuales de cada niño que se le da tratamiento.

2.12.2. TECNICAS DE TRATAMIENTO.

1. **Colocación de compresa tibia en área afectada 5 a 10 minutos según tolerancia del niño.**
2. **Masaje en musculo esternocleidomastoideo bilateral:** Colocar crema en sus dedos, se realiza deslizamientos superficiales en esternocleidomastoideo bilateral, iniciando del origen a la inserción del musculo, posteriormente se realiza deslizamientos un poco más profundos dependiendo de la tolerancia del niño, seguido de movimientos circulares con presión moderada. (Anexo 5)

El masaje debe extenderse a todos los musculo del cuello y espalda superior debido a que presentan cierto grado de contractura palpar los músculos trapecio superior para verificar posibles espasmos. El masaje debe de realizarse por 5 minutos.

3. - **Realizar movimiento de cuello:** como la flexión, extensión, inclinación y rotación colocando y sosteniendo la cabeza del niño/a ligeramente fuera del canapé efectuando los movimientos de forma pasiva. (Anexo 6)

- **Realizar estiramiento de cuello pasivos en decúbito lateral sobre el canapé:** Se busca la elongación del musculo y mejorar la movilidad del cuello. (Anexo 7)

- 4. **Posturas correctivas de cuello en decúbito prono:** Se coloca al bebé en decúbito prono girando la cabeza del niño a un lado asegurándose que la oreja y la mejilla se acomode sobre el canapé y mantener en esa posición por un minuto. Posteriormente, girar la cabeza hacia el lado opuesto y mantener la posición por el mismo tiempo. Haciendo un total de 5 repeticiones por 1 minuto a cada lado con el objetivo que el niño logre elongar ambos músculos, principalmente el del lado afecto. (Anexo 8)

2.12.3. PRECAUCIONES PARA TENER EN CUENTA:

- Se debe de vigilar que el niño no se encuentre irritable.
- El niño no debe de haberse alimentado minutos antes de la terapia debido a que puede vomitar y estar nauseoso.
- Verificar que la zona a trabajar no se observe con irritación, herpes o alguna otra complicación, de lo contrario no se cumplirá con el tratamiento.
- Tener en cuenta que el número de repeticiones y el tiempo de cada ejercicio dependerá de la tolerancia que posea el niño.

2.12.4. TRATAMIENTO EN CASA.

Como parte del tratamiento, se le brinda una orientación y demostración a los padres para que realicen el trabajo en casa como:

- **Cambios posturales en lateral:** Se debe realizar en el niño 3 veces al día manteniéndolo en esa postura por 5 minutos a cada lado.
- **La posición para la alimentación:** Explicar a la mamá que debe de alimentar al bebé en ambas mamas por igual.
- Instruir a los padres sobre realizar algunos de los tratamientos en casa como:
 - Masaje en musculo esternocleidomastoideo bilateral 3 veces al día por 5 minutos.

- Realizar posturas correctivas colocando al niño/a en decúbito prono y rotar su cuello hacia la izquierda y derecha manteniendo cada postura durante 1 minuto haciendo un total de 10 repeticiones 3 veces al día.
- A partir del tercer mes. favorecer la postura en decúbito prono colocándole un rodete para evitar el aplanamiento de cráneo y a la vez colocarle un juguete al frente y movilizarlo a ambos lados para que el niño logre visualizar y realice su rotación de cuello en forma activa
- Evitar las posturas repetitivas y viciosas que puedan contribuir al establecimiento de la tortícolis o retrasar su recuperación.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO.

a. TIPO DE INVESTIGACION

Según el tiempo y la ocurrencia de los hechos, la investigación será de tipo:

- **Prospectivo:** Debido a que la información será registrada según se van ocurriendo los hechos ya que el tipo de estudio realizado permitirá obtener datos actuales de la memoria documentada.

Según el periodo y la secuencia del estudio la investigación será:

- **Transversal:** Porque se estructura masaje y estiramiento terapéutico en niños en el servicio de fisioterapia de consulta externa del Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” haciendo un corte en el tiempo durante el período comprendido de agosto a enero de 2023.

Según el alcance de los resultados, la investigación será:

- **Descriptiva:** Porque a través del procedimiento se logra conocer de manera precisa las características de la población, la magnitud que posee el estudio y los factores que pueden asociarse al problema.

b. POBLACIÓN Y MUESTRA.

- **POBLACIÓN:** 724 niños/as atendidos en el área de fisioterapia en consulta externa del Hospital Nacional “Dra. María Isabel Rodríguez” en el período Agosto de 2023 a Enero de 2023.
- **MUESTRA:** La muestra de la investigación será de 15 niños/as en edades de 0 a 5 meses que asisten al área de fisioterapia en consulta externa del Hospital Nacional “Dra. María Isabel Rodríguez” en el período Agosto a Enero de 2023.

c. TIPO DE MUESTREO.

- **No probabilístico por conveniencia:** Porque las muestras de la población se podrán seleccionar a aquellos pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión,

i. Criterios de inclusión:

- ✓ Niños/as que asistan al área de fisioterapia de consulta externa del Hospital Nacional “Dra. María Isabel Rodríguez”.
- ✓ Niños/as que presenten tortícolis congénita.
- ✓ Que oscilen entre las edades de 0 a 12 meses.
- ✓ Que los padres estén dispuestos a colaborar con la investigación por medio de un consentimiento informado. (Ver anexo 5)

ii. Criterios de exclusión:

- ✓ Que los padres no den el consentimiento para la participación de sus hijos en el trabajo documental.
- ✓ Que ya no asistan a su tratamiento de fisioterapia.

d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Técnicas:

- **Observación:** Partido la observación y a la vez, por medio del conocimiento teórico-practico para determinar la presencia de tortícolis congénita en un niño/a.
- **La entrevista:** Se realizará con el propósito de obtener una información que brindan los padres de familia como complemento para analizar e interpretar mejor la información del objeto de estudio.
- **Evaluaciones específicas de fisioterapia:** Por medio de estas, se diagnosticará el diagnostico de los pacientes.

e. INSTRUMENTOS.

- Guía de observación y guía de entrevista.

f. MATERIALES.

Para realizar el tratamiento para los niños (as) con tortícolis congénita será necesario emplear algunos materiales como: Canapé, crema para bebé para lograr la interacción afectiva fisioterapeuta-paciente, paletas con los colores rojo, negro y blanco y juguetes con los colores primarios.

g. PROCEDIMIENTO Y PLAN DE ANALISIS.

El desarrollo del trabajo de dividió en dos momentos:

- **La fase de planificación:** Se basó en dialogar con la Jefatura del área de fisioterapia para poder realizar mi pasantía profesional en dicha área, luego de la confirmación, se procedió a enviar una carta al director del hospital para su conocimiento y autorizar mi petición de realizar otros 6 meses en calidad de adhonoren para mi proceso de graduación. Posteriormente, se procedió a la elección del tema de estudio, procediendo a la recolección de la información para la elaboración del trabajo, seguidamente la presentación del perfil del trabajo y posteriormente concluyendo con la entrega final de este.

- **La fase de ejecución:** La dirección del hospital aprobó la solicitud para realizar la pasantía profesional (Anexo 9) y posteriormente presentar la aprobación del plan de acción en la Universidad de El Salvador para comenzar con la ejecución del trabajo; con la obtención de este, se comenzó a seleccionar la muestra mediante los criterios de inclusión y exclusión con la que se contaría para la ejecución del plan de actividades, se procedió a la educación e información a los padres sobre la torticolis congénita y las sesiones de tratamiento que se le realizaron a sus hijos.

Se aplicaron los instrumentos para conocer el estado del paciente durante el comienzo del tratamiento, lo que permitía observar una evolución en la población de estudio en las sesiones de terapia asignadas; posteriormente se concluía con el alta de los niños/as.

En la actividad de finalización de la pasantía, se agruparon y se estructuraron los datos obtenidos presentando los resultados mediante tablas con sus respectivos análisis e interpretación de datos permitiendo establecer las conclusiones y recomendaciones logrando el propósito de responder al tema de trabajo y a sus objetivos.

CAPITULO IV

4.0. CONTRIBUCIÓN DEL TRABAJO.

Con el desarrollo de la pasantía en el área de fisioterapia de consulta externa del Hospital Nacional de la Mujer se espera contribuir al beneficio de los niños por medio de establecer un tratamiento adecuado a los distintos diagnósticos, pero principalmente poder evaluar, brindar atención y ver la evolución de los niños con diagnóstico de torticolis congénita, a su vez, motivar a los padres de familia de cada niño atendido para trabajar en equipo y con ello mejorar el desarrollo psicomotor y su calidad de vida. Considerando poder contribuir de manera positiva al tratamiento que proporciona el Hospital Nacional de la Mujer.

4.1. LIMITACIONES.

Algunas de las limitaciones que se presentaron al ejecutar el trabajo son:

- La población de pacientes que se realizó el estudio solo fue del Hospital Nacional de la Mujer.
- Algunos padres de familia no cumplieron con las indicaciones recibidas.
- Algunos padres de familia dejaron de asistir a la terapia.
- Dificultad de los padres por su lugar de residencia para asistir a las sesiones de fisioterapia.

CAPITULO V

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

En este capítulo se dan a conocer los resultados obtenidos en la pasantía profesional referente al tratamiento de torticollis congénita en niños atendidos en el servicio de fisioterapia de consulta externa del hospital nacional de la mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” durante el periodo Agosto de 2022 a Enero de 2023.

Para describir con mayor detalle las características de los/las participantes, se presenta por conjunto algunas características en común y otras por separado los resultados de la población estudiada reflejándose estos datos en las siguientes tablas:

TABLA N°1.

CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS SORE DE LA TORTICOLIS CONGÉNITA.

	Frecuencia	%
Si	6	40%
No	9	60%
Total.	15	100%

Fuente: Hoja de Entrevista a Padres o responsable del Niño/a.

En la tabla anterior se puede observar que el 40% de los padres de familia encuestados conoce acerca de la torticollis congénita y el 60% desconoce de dicho diagnóstico.

TABLA N°2.

DISPOSICION DE LOS PADRES SOBRE LA RECUPERACION DE SU NIÑO/A.

	Frecuencia	%
Si	15	100%
No	0	0%
Total.	15	100%

Fuente: Hoja de Entrevista a Padres o responsable del Niño/a.

En la tabla anterior se puede observar que el 100% de los padres se encuentran dispuestos a colaborar con la recuperación de su niño/a.

TABLA N°3.
EVALUACION: EDAD.

Edad	Frecuencia	%
6 a 9 días	2	13.33%
10 a 19 días	6	40%
20 a 27 días	3	20%
28 a 1 Mes	3	20%
2 a 3 Meses	1	6.67%
Total.	15	100%

Fuente: Hoja de evaluación.

En la tabla anterior se puede observar que el rango de menor edad de los niños atendidos se encuentra entre 6 a 9 días representando un 13.33% de la población evaluada y el rango de mayor edad se encuentra entre los 2 a 3 meses con un 6.67%; concentrándose la mayor parte de la población atendida en las edades de 10 días a 1 mes de edad con un 80%.

TABLA N°4.
EVALUACION: SEXO.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino.	5	33%
Masculino	10	67%
Total.	15	100%

Fuente: Hoja de evaluación.

En la tabla anterior se puede observar que el 33% de los niños evaluados eran de sexo femenino, con predominio del sexo masculino con un 67%.

TABLA N°5.
EVALUACION: PESO.

Peso al nacer en gr.	Frecuencia	%
2,500 – 3,099 gr	6	40%
3,100 – 3,499 gr	6	40%
3,500 – 4,000 gr	3	20%
TOTAL	15	100%

Fuente: Hoja de evaluación.

En la tabla anterior se puede observar que 80% de los niños evaluados tenían un peso entre 2,500 a 3,499 gramos y solo el 20% de los niños evaluados tuvieron un peso entre 3,500 – 4,000 gr.

TABLA N°6.
EVALUACIÓN: FACTORES DE RIESGO QUE PUEDE PROVOCAR TORTICOLIS CONGENITA EN LOS NIÑOS.

Factor de riesgo	Frecuencia	%
Podálico	3	20%
Transverso	1	6.67%
Oligohidramnios	1	6.67%
Ninguno	10	66.67%
TOTAL	15	100%

Fuente: Hoja de evaluación.

En la tabla anterior se puede observar que un 66.67% de los niños evaluados no presentan ningún factor de riesgo previo a nacer; seguido del 20% de los niños donde se encontraban en posición podálica, mientras que en la posición transversa y oligohidramnios tienen el 6.67% siendo los de menor porcentaje.

TABLA N°7.**EVALUACION: TIPO DE TORTICOLIS Y SEXO.**

Sexo	Torticolis derecha	Torticolis izquierda	frecuencia	%
Femenino	4	1	5	33%
Masculino	6	4	10	67%
Total	10	5	15	100%

Fuente: Hoja de evaluación.

En la tabla anterior se puede observar que el diagnóstico de torticolis predomina más en el género masculino con un 67% mientras que un 33% corresponde al género femenino; indicando también que la torticolis derecha es el diagnóstico más común en ambos géneros.

TABLA N°8.**EVALUACION: DIAGNOSTICO DE LOS PACIENTES Y SEVERIDAD DE LA TORTICOLIS.**

Paciente	Diagnóstico	Severidad
N°1	Torticolis Derecha: Hipertrofia en musculo esternocleidomastoideo	Grave
N°2	Torticolis Derecha	Moderado
N°3	Torticolis Derecha	Leve
N°4	Torticolis Derecha	Leve
N°5	Torticolis Izquierda	Moderado
N°6	Torticolis Derecha	Moderado
N°7	Torticolis Izquierda	Moderado
N°8	Torticolis Derecha	Moderado
N°9	Torticolis Izquierda	Moderado
N°10	Torticolis Derecha	Grave
N°11	Torticolis Derecha	Leve
N°12	Torticolis Derecha	Moderado
N°13	Torticolis Derecha	Leve
N°14	Torticolis Izquierda	Leve
N°15	Torticolis Izquierda	Moderado.

Fuente: Hoja de evaluación.

TABLA N°8.1.

TABLA RESUMEN DE DIAGNOSTICO DE LOS PACIENTES Y SEVERIDAD DE LA TORTICOLIS.

Severidad	Torticolis Derecha.	Torticolis Izquierda.	Frecuencia	%
Leve	4	1	5	33.33%
Moderado	4	4	8	53.33%
Grave	2	0	2	13.33%
Total.	10	5	15	100%

Fuente: Tabla N°8

En la tabla anterior se puede observar que la predominancia es de severidad moderado en los niños atendidos con un 53.33%, seguido de la severidad leve con un 33.33% y por último son escasos los niños con severidad grave presentando un 13.33% independientemente del tipo de torticolis que presentaban.

TABLA N°9.**EVALUACION: OTROS DIAGNOSTICOS ASOCIADOS A LA TORTICOLIS CONGENITA.**

Paciente	Diagnóstico Principal	Otros diagnósticos
N°1	Torticolis Derecha: Hipertrofia en musculo esternocleidomastoideo	Ninguno
N°2	Torticolis Derecha	-Displasia de cadera bilateral -Pie talo izquierdo
N°3	Torticolis Derecha	-Displasia de cadera derecha -Pie varo derecho
N°4	Torticolis Derecha	Ninguno
N°5	Torticolis Izquierda	Ninguno
N°6	Torticolis Derecha	Displasia de cadera derecha
N°7	Torticolis Izquierda	Ninguno
N°8	Torticolis Derecha	Ninguno
N°9	Torticolis Izquierda	Hipotonía general
N°10	Torticolis Derecha	Asimetría Ventricular leve
N°11	Torticolis Derecha	Displasia de cadera izquierda
N°12	Torticolis Derecha	-Displasia de cadera bilateral -Rotación externa de caderas -Pie talo derecho
N°13	Torticolis Derecha	-Retracción de flexores de cadera y rodilla -Pie varo izquierdo
N°14	Torticolis Izquierda	-Hipotonía general -Pie varo bilateral
N°15	Torticolis Izquierda	Pie varo bilateral

Fuente: Hoja de evaluación.

En la tabla anterior se puede observar que aparte de presentar torticolis congénita, el mayor número de los niños en estudio presentaron otros diagnósticos como: Displasia de cadera, retracción de flexores de cadera y rodillas, pie varo, pie talo, hipotonía general, rotación externa de caderas, entre otros; mientras que los demás no presentaron ningún otro diagnostico asociado.

TABLA N°10.

TRATAMIENTO APLICADO PARA CORREGIR TORTICOLIS CONGENITA.

Paciente	Tratamiento
N°1	-Compresa tibia -Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono
N°2	-Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono
N°3	-Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono
N°4	-Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono
N°5	-Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono
N°6	-Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono
N°7	-Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono
N°8	-Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono
N°9	-Masaje terapéutico

	-Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono
N°10	-Compresa tibia -Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono
N°11	-Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono
N°12	-Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono
N°13	-Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono
N°14	-Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono
N°15	-Compresa tibia -Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono

Fuente: Hoja de evaluación.

En la tabla anterior se puede observar que el tratamiento aplicado en común a cada niño fue el masaje terapéutico, estiramiento de cuello y posturas correctivas en decúbito prono variando únicamente con los de mayor severidad que se le coloco compresa tibia para relajar el musculo esternocleidomastoideo.

TABLA N°11.**TRATAMIENTO APLICADO, NUMERO DE SESIONES Y RECUPERACION DEL PACIENTE.**

Paciente	Tratamiento	N° de sesiones asistidas	% de recuperación
N°1	-Compresa tibia -Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono	12 sesiones	100%
N°2	-Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono	5 sesiones	100%
N°3	-Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono	6 sesiones	100%
N°4	-Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono	2 sesiones	100%
N°5	-Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono	4 sesiones	100%
N°6	-Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono	5 sesiones	100%
N°7	-Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono	4 sesiones	100%
N°8	-Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono	3 sesiones	100%

N°9	-Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono	4 sesiones	100%
N°10	-Compresa tibia -Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono	1 sesión	3%
N°11	-Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono	6 sesiones	100%
N°12	-Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono	3 sesiones	25%
N°13	-Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono	3 sesiones	25%
N°14	-Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono	2 sesiones	100%
N°15	-Compresa tibia -Masaje terapéutico -Estiramiento de cuello -Posturas correctivas en decúbito prono	5 sesiones	35%

Fuente: Hoja de evaluación.

En la tabla anterior se puede observar que mediante la constante asistencia para el tratamiento de torticollis congénita que se brindó en consulta externa de fisioterapia en el Hospital Nacional de la Mujer el mayor porcentaje se encuentra en el 100% de efectividad para la recuperación del niño/a.

TABLA N°12.
RECUPERACION DE PACIENTES.

Recuperación	Frecuencia	%
Completa	11	73.33%
Parcial	4	26.67%
Total	15	100%

Fuente: Hoja de evaluación.

En la tabla anterior se puede observar que, en la recuperación global de los pacientes atendidos, el 73.33% obtuvo una recuperación completa del diagnóstico de torticollis congénita; mientras que el 26.67% fue de recuperación parcial debido a que no continuó asistiendo a las terapias.

TABLA N°13.
OTROS PACIENTES ATENDIDOS.

Diagnostico	N° de pacientes atendidos.	%
CONSULTA EXTERNA.		
Tratamiento para Pie varo y talo, displasia de cadera, retracción de flexores de cadera y rodilla, neurodesarrollo por hipotonía general, sufrimiento fetal, prematuridad, control de displasia de cadera, torticollis congénita.	724 pacientes	100%
TOTAL.	724	100%

Fuente: Registro de pacientes del Hospital Nacional de la Mujer.

En la tabla anterior se puede observar que fueron atendidos 724 pacientes por diversos diagnósticos tales como; pie varo y talo, displasia de cadera, retracción de flexores de cadera y rodilla, neurodesarrollo por hipotonía general, sufrimiento fetal, prematuridad, control de displasia de cadera, torticollis congénita en el área de consulta externa de fisioterapia del Hospital Nacional de La Mujer.

5.1. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.

La orientación a padres sobre el conocimiento de la torticollis congénita es importante debido a que desde un principio se involucran en apoyar a sus hijos inmediatamente después de nacimiento llevándolos a tratamiento de fisioterapia de 2 a 3 veces a la semana permitiendo la aplicación precoz de un programa de ejercicios, cambios posturales y, además, se responsabilizan en cumplir las orientaciones en casa favoreciendo la mejoría completa del niño.

En este estudio el sexo masculino se prevaleció con mayor frecuencia la torticollis congénita que en el sexo femenino, es importante mencionar que en otros países el resultado es igual se da con mayor frecuencia el sexo masculino, además es importante destacar que la torticollis congénita del lado derecho se da con mayor prevalencia, lo anterior es debido a que la mayoría de los bebés del sexo masculino suelen presentar una talla y un peso mayor al del sexo femenino lo que conlleva a una disminución del espacio en el vientre materno permitiendo su poca movilidad en él, desconociendo hasta la fecha una explicación concreta del por qué es más frecuente en el lado derecho, asumiendo que podría ser debido a la posición que adopta la madre mientras duerme durante el tiempo del embarazo.

La torticollis congénita se asocia principalmente a la posición podálica, transversa, oligohidramnios e incluso debido a estas condiciones se puede presentar patologías graves como Displasia de cadera, pie varo, pie talo, retracción de flexores de cadera y rodillas, entre otros; englobando estos factores independientemente sea el sexo del bebé en el que creo una postura inadecuada que adoptó mientras crecía en vientre y la cual mantuvo por mucho tiempo.

El grado de severidad de los pacientes con torticollis congénita y las diferentes patologías asociadas depende en mayor medida del apoyo y el conocimiento de los padres con respecto a que a los niños y niñas consultan inmediatamente a departamento de fisioterapia, porque los diferentes grados de leve a severidad depende del tiempo de consulta como afirmamos a continuación, los niños con una severidad leve son aquellos a los que acuden a una

evaluación y un tratamiento de fisioterapia inmediatamente después del nacimiento del niño/a; debido al tiempo temprano la torticollis posicional no presentar contractura muscular del esternocleidomastoideo, mientras que la severidad moderada presentan un cuadro clínico donde se evidencia retracciones incluso en algunos casos contracturas musculares, y el ultimo estado severo hay alteración de la postura, contractura, dolor al movimiento y otros signos y síntomas que retarda el proceso de recuperación incluso en algunos casos hay secuelas.

La torticollis con mayor frecuencia que es la del lado derecho lo que conlleva a una contractura ya sea leve o moderada del músculo esternocleidomastoideo, son pocos los niños con severidad grave ya que los padres consultan después de un mes del nacido a sea niño/a, este cuadro clínico de torticollis es muy marcada donde se evidencia una hipertrofia del musculo esternocleidomastoideo, ocasionando aplanamiento de cráneo del lado afecto permitiendo que la severidad moderada y grave den paso a resultados un poco más tardados pero muy efectivos concluyendo que el grado de severidad de la torticollis congénita depende mucho del conocimiento y la preocupación que posean los padres de familia con el niño/a.

La recuperación completa y temprana de los niños y niñas con torticollis congénita es debido a varios factores entre los que podemos mencionar: el conocimiento, apoyo y la responsabilidad de los padres que permitió que los llevaran a temprana edad a las sesiones de tratamiento de fisioterapia y que cumplen con las indicaciones que deben realizar en casa; el otro factor se debió a una evaluación detallada de cada uno de los casos y a su respectivo tratamiento que consistió en realizar masaje terapéutico, posturas correctivas en decúbito prono, entre otros. Se puede enfatizar que un tratamiento adecuado y oportuno de cada uno de estos niños permite un mejor desarrollo y una mejor calidad de vida.

VI. CONCLUSIONES.

- La tortícolis congénita es una malformación musculoesquelética por lo que debe verse como un síntoma y es importante tener un diagnóstico preciso para poder sugerir un pronóstico y tratamiento adecuado para su pronta recuperación.
- La evaluación y el diagnóstico precoz de la torticosis congénita, la educación de los padres y la intervención temprana del tratamiento terapéutico, logra un mejor resultado debido a la pronta recuperación de los pacientes que presentan dicho diagnóstico.
- El tratamiento de fisioterapia individualizado, adecuado y específico es una solución eficaz para la recuperación de los niños/as que adolece de torticosis congénita.
- El inicio del tratamiento lo más pronto en cuanto tiempo después que se detecte la torticosis congénita favorece la recuperación y evita las complicaciones relacionadas.
- El rol de las madres y padres de familia resulta indispensable, la constancia en la asistencia a las sesiones de terapia en el Hospital y, en todo caso, con las sesiones de tratamiento en casa dependiendo de la frecuencia con la que se trabaje, en donde un 73.33% lograron una pronta recuperación de manera exitosa del diagnóstico de torticosis congénita.

6.1. RECOMENDACIONES.

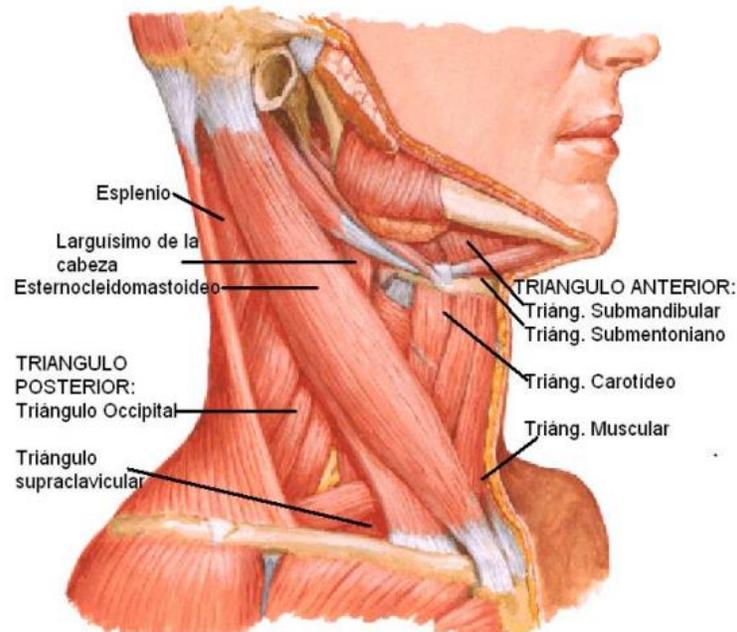
- A la carrera de Fisioterapia y Terapia ocupacional que, dentro del plan de estudio, permita ofrecer un conocimiento a los alumnos sobre la evaluación y el plan de tratamiento a bebés recién nacidos que presenten torticolis congénita.
- Que el Gobierno de El Salvador a través del Ministerio de Salud dentro de la ley crecer con cariño, se considere permitir brindar una buena evaluación física para poder detectar alguna afección musculoesquelética que pueda tener el niño o niña.
- Brindar a las madres embarazadas dentro de los servicios de maternidad, una amplia información sobre las afecciones musculoesqueléticas que pueden presentar los bebés recién nacidos y todas las recomendaciones a tener en cuenta para evitar la falta de conocimiento sobre el tema.
- A los padres y los proveedores de atención médica deben de ser conscientes de los beneficios del tratamiento de fisioterapia y buscar la atención temprana para los niños con torticolis congénita.
- Al equipo de trabajo responsable del área de Fisioterapia del Hospital Nacional de la Mujer, para que continúen implementando su conocimiento para poder brindar mejor tratamientos para rehabilitar a todo bebé recién nacido.

BIBLIOGRAFÍA.

- (1) Tania Bravo Acosta. Diagnóstico y rehabilitación de enfermedades ortopédicas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. Página 26.
- (2) Dra. Ana V. Naranjo. Anatomía del cuello. [Internet]. Bioingeniería, Facultad de ingeniería Universidad Nacional de San Jose. Costa Rica [Consultado 11 de agosto 2022]. Disponible en: <http://dea.unsj.edu.ar/biologia2/cuello.pdf>
- (3) KENHUB. Marcell Laguna. triángulos del cuello [Internet]. [Consultado 11 agosto 2022]. Disponible en: <https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/triangulos-del-cuello>
- (4) Aula de Anatomía. Músculos del cuello [Internet] Brasil. [Consultad 11 agosto 2022]. Disponible en: <https://www.auladeanatomia.com/es/sistemas/337/musculos-del-cuello>
- (5) Osegueda- Mayen JR, Capuano-Tripp P, Unda-Haro JP. Tortícolis muscular congénita. Acta Pediatr Méx 2022; 43(2): 141-5.
- (6) SlidePlayer. Carolina Ibañez. Anatofisiologicas del recién nacido [Internet] [citado 12 de agosto 2022] Disponible en: <https://slideplayer.es/slide/13702771/>
- (7) Gabriela Esthefania Vargas Bonifaz. Torticolis congénita [Internet].Facultad de Ciencias de la Salud,Carrera de terapia física y deportiva de la Universidad de Chimborazo Ecuador; 2021. [Consultado 18 Jul. 2022]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7748/1/6.%20TRABAJO%20DE%20TITULACION%20GABRIELA%20VARGAS%20%20-TER-FISC.pdf>
- (8) Figura 1: Lifeder. Cuello humano: anatomía. [Internet]. 2019 [citado 18 julio 2022]. Disponible en: <https://www.lifeder.com/anatomia-del-cuello/>
- (9) Figura 2: dolopedia. Musculo Esternocleidomastoideo. [Internet]. 2018 [citado 18 julio 2022]. Disponible en: <https://dolopedia.com/articulo/musculo-esternocleidomastoideo#.YtZA8XbMLIU>
- (10) custodio olsen quispe condori. tortícolis muscular congénito y disociación clínicoecográfico en el recién nacido: reporte de un caso[Internet].2016 [Consultado 18 Jul 2022]; Disponible en: [file:///C:/Users/ancha/Downloads/admin,+72y75_TORT%20C3%8DCOLIS_MUSCULAR_CONG%20C3%89NITO%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/ancha/Downloads/admin,+72y75_TORT%20C3%8DCOLIS_MUSCULAR_CONG%20C3%89NITO%20(3).pdf)
- (11) Dra. Marta Bono Lima. 4 posibles secuelas de una tortícolis no tratada [Internet]; Madrid: Escuela de Osteopatía de Madrid Internacional; [Citado 18 Jul 2022]; Disponible en: <https://eominternacional.com/4-posibles-secuelas-de-una-torticolis-congenita-no-tratada/>
- (12) Raquel Bermejo. Tortícolis congénita: causas y consecuencias. [Internet]; Palma de Mallorca, España: Raquel Bermejo: Fisioterapia y osteopatía pediátrica; [Citado 18 Jul 2022]; Disponible en: <http://raquelbermejo.com/torticolis-congenita-osteopata-mallorca/>

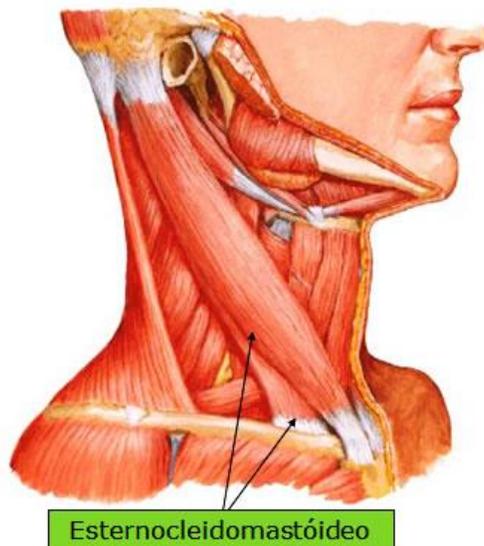
ANEXOS

ANEXO 1: TRIÁNGULO ANTERIOR Y POSTERIOR DEL CUELLO.



Referencia: Manual de Cátedra de Biología II – Bioingeniería - Facultad de Ingeniería – UNSJ. Disponible en: <http://dea.unsj.edu.ar/biologia2/cuello.pdf>

ANEXO 2: MÚSCULO ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO, PRINCIPAL MUSCULO AFECTADO EN LA TORTÍCOLIS CONGÉNITA.



Disponible en: <https://www.auladeanatomia.com/es/sistemas/337/musculos-del-cuello>

ANEXO 3: ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL RECIEN NACIDO: CABEZA Y CUELLO.



En el recién nacido se pueden observar las fontanelas, que son espacios angulares rellenos de tejido fibroso, situados en los puntos de unión de varios huesos, que ayudan a dar elasticidad a la cabeza en el momento del nacimiento.



Disponibles en: <https://www.mantentuequilibrio.es/l/importancia-de-la-revision-osteopatica-en-recien-nacidos/>; y <https://es.slideshare.net/wendyc75/pediatría-examen-físico-del-recien-nacido>

ANEXO 4: ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DE FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER.



ANEXO 5: MASAJE TERAPÉUTICO PARA DISMINUIR CONTRACTURA EN MÚSCULO ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO.



ANEXO 6: MOVIMIENTO PASIVO DE FLEXIÓN E INCLINACIÓN LATERAL DE CUELLO.



ANEEXO 7: ESTIRAMIENTO PASIVO DE MUSCULO ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO SOBRE EL CANAPÉ.



ANEXO 8: POSTURAS CORRECTIVAS EN DECÚBITO PRONO.



ANEXO 9: SOLICITUD Y FIRMA DE APROBACIÓN DE PASANTIA PROFESIONAL DEL DIRECTOR DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER “DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ”.

San Salvador, 16 de Mayo de 2022

HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER
"DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ"
1.30 p.m.
16 MAY 2022

Dr. Rene Mauricio Arevalo Mata
Director del hospital nacional de la mujer Dra. María Isabel Rodríguez
Presente

Respetado Dr. Rene Mauricio Arevalo Mata

Por medio de la presente expongo a Usted que soy estudiante egresado de la carrera de Licenciatura en Fisioterapia, Escuela de Tecnología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, que para graduarme se me exige cumplir con una de las modalidades de Trabajo de Grado, siendo una de ellas las Pasantías de Práctica Profesional, la cual puede hacerse en lugares públicos o privados inscritos en el Consejo Superior de Salud Pública, y que nos permitan en nuestra calidad de egresados, desarrollar el perfil profesional.

Personalmente he decidido optar por esta modalidad, y tengo especial interés en hacerla en dicha institución, por un periodo de seis meses, por lo que solicito sea considerada mi petición.

Creo oportuno también notificar a Usted, que recientemente estoy realizando mi servicio social, experiencia de trabajo que también valoro mucho, por haberme proporcionado mas herramientas a mi práctica profesional.

Agradeciendo su atención a la presente, me suscribo de Usted

Cordialmente:
Ana Rocio Chávez Mazariego.
Pongo a disposición mi número de teléfono y correo institucional para notificar la respuesta a mi solicitud.
cm14013@ues.edu.sv
tel. 7604-4719

Ana Rocio Chávez Mazariego

V/B

HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER
DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ
HNM
DIRECCIÓN
EL SALVADOR

ANEXO 10: NOTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO.

Yo he sido elegido(a) para participar en la pasantía profesional de proceso de grado llamada: Tratamiento de torticollis congénita en niños durante el periodo Agosto de 2022 a enero de 2023 en el servicio de fisioterapia de consulta externa del hospital nacional de la mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, se me ha explicado en que consiste la investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho(a) con las respuestas brindada por la investigadora, consiento voluntariamente a participar en dicha investigación.

Nombre de la Madre (en letra de molde).

Nombre del niño (en letra de molde).

Firma o huella dactilar de las madres de familia.

Fecha de hoy:

(Día, /mes/año

ANEXO 11: HOJA DE ENTREVISTA A PADRES O RESPONSABLE DEL NIÑO.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

LUGAR: Área de fisioterapia de consulta externa del Hospital Nacional de la Mujer, de la ciudad de San Salvador.

GUÍA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A: Padres de familia o responsable.

OBJETIVO: Indagar si los padres o responsables de los niños(as) conocen acerca de la torticollis congénita.

1) **¿Conoce acerca de la torticollis congénita?**

Si_____ No_____

2) **¿Sus hijos anteriores han presentado antecedentes de torticollis?**

Si_____ No_____

3) **Si su respuesta es sí ¿Sabe en qué consiste la terapia para la torticollis congénita?**

Si_____ No_____

4) **¿Está dispuesta en colaborar con la recuperación de su niño/a?**

5) Si_____ No_____

ANEXO 12: HOJA DE EVALUACIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS DE LOS NIÑOS Y DE LA MADRE.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.
 FACULTAD DE MEDICINA.
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD.
 LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL.

LUGAR: Servicio de fisioterapia del área de consulta externa del hospital nacional de la mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”

Hoja de seguimiento: a niños (as) con tortícolis congénita.

OBJETIVO: Aplicar el tratamiento de torticollis congénita a los niños que asisten en el área de consulta externa del Hospital Nacional de la mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”.

Diagnostico principal: _____

Otros diagnósticos presentes: _____

Nombre del niño (a): _____

Sexo: F ___ M ___ Edad: _____ Fecha de nacimiento _____

Peso al nacer: _____ Factor de riesgo: _____

Edad de la madre: _____ Tipo de parto: _____ Paridad: _____

Patología materna: _____

Edad del padre: _____

Paciente que llega por primera vez. Paciente Subsecuente.

EVALUACIÓN FÍSICA:

Evaluación.	Diagnóstico.				Observaciones
	Grave	Leve	Mod.	No presenta.	
Preferencia hacia un lado.					
Moviliza, pero vuelve a la posición.					
Presencia de contractura del musculo ECM.					
Asimetría facial.					
Enrojecimiento de la piel del lado afecto.					
Aplanamiento de cráneo.					

TRATAMIENTO EN CONSULTA EXTERNA DE FISIOTERAPIA:

<i>FECHA</i>							
<i>No DE SESIONES.</i>	<i>1° Sesión.</i>	<i>2° Sesión.</i>	<i>3° Sesión.</i>	<i>4° Sesión.</i>	<i>5° Sesión.</i>	<i>6° Sesión.</i>	<i>7° Sesión.</i>
<i>TIPO DE TRATAMIENTO.</i>							
1. Masaje terapéutico.							
2. Estiramiento de cuello.							
3. Posturas correctivas.							

<i>FECHA</i>							
<i>No DE SESIONES.</i>	<i>8° Sesión.</i>	<i>9° Sesión.</i>	<i>10° Sesión.</i>	<i>12° Sesión.</i>	<i>13° Sesión.</i>	<i>14° Sesión.</i>	<i>15° Sesión.</i>
<i>TIPO DE TRATAMIENTO.</i>							
1. Masaje terapéutico.							
2. Estiramiento de cuello.							
3. Posturas correctivas.							

OBSERVACIONES: _____

SEGUIMIENTO EN CASA:

Tratamiento.	Constante	A veces	Nunca
Masaje de cuello 5 min 3 veces al día.			
Posturas correctivas 3 veces al día.			
Realizar cambios de decúbito.			
Favorecer la posición decúbito prono.			

OBSERVACIONES: _____

RE-EVALUACION.

<i>FECHA</i>												
<i>No DE SESIONES.</i>	<i>2° Sesión.</i>		<i>3° Sesión.</i>		<i>4° Sesión.</i>		<i>5° Sesión.</i>		<i>6° Sesión.</i>		<i>7° Sesión.</i>	
<i>PERCISTE</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>										
<i>EVALUACIÓN.</i>												
<i>Preferencia hacia un lado.</i>												
<i>Moviliza, pero vuelve a la posición.</i>												
<i>Presencia de contractura del musculo ECM.</i>												
<i>Asimetría facial.</i>												
<i>Enrojecimiento de la piel del lado afecto.</i>												

<i>FECHA</i>												
<i>No DE SESIONES.</i>	<i>8° Sesión.</i>		<i>9° Sesión.</i>		<i>10° Sesión.</i>		<i>11° Sesión.</i>		<i>12° Sesión.</i>		<i>13° Sesión.</i>	
<i>PERCISTE</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>EVALUACIÓN.</i>												
<i>Preferencia hacia un lado.</i>												
<i>Moviliza, pero vuelve a la posición.</i>												
<i>Presencia de contractura del musculo ECM.</i>												
<i>Asimetría facial.</i>												
<i>Enrojecimiento de la piel del lado afecto.</i>												

OBSERVACIONES.

ANEXO 13: INSTRUMENTOS DE TABULACIÓN DE DATOS.

DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y RECUPERACION DE CADA PACIENTE.

TABLA 1

<i>Paciente #:</i>	
<i>Diagnostico:</i>	
<i>Tratamiento:</i>	
<i>N° de sesiones:</i>	

TABLA 2

	Si	No
<i>Se recuperó:</i>		

ANEXO 14. RESULTADO DE ULTRASONOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS, REALIZADA A PACIENTE N°1

Dx Clínico

Médico: NINGUNO

TAMAÑO PELICULA:

IMAGENES

Fecha: 16/11/2022

Técnico: NINGUNO

Diagnóstico Radilógico:

ULTRASONOGRAFIA DE CUELLO.

-Musculo esternocleidomastoideo derecho es hipoeoico homoganeo, aumentado de espesor con grosor de 8 mm. En el nemicuello dicho musculo es normal, mide: 5 mm.

Se observa que la glandula tiroides es de tamaño y configuracion normal, de ecogenicidad homogenea, sin evidencia de reforzamientos vasculares anormalos. Por este metodo no se observa la presencia de nodulos, quistes o gruesas calcificaciones

No se han identificado adenomegalias en las cadenas ganglionares anteriores de ambos hemicuellos.

CONCLUSION. - HIPERTROFIA DEL MUSCULO ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO DERECHO.


DRA. SUSI PORTILLO MD RADIOLOG
16/11/2022

Fuente: Ultrasonografía de tejidos blandos realizada en Hospital Nacional de la Mujer por Dra. Susi Portillo con resultado a una hipertrofia del musculo esternocleidomastoideo derecho en paciente N°1.

ANEXO 15: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES GENERALES.

Semanas	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Actividades.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	JUL.
1. Reunión con el docente asesor para el proceso de grado.								
2. Revisión del plan de acción y devolución de observaciones.								
3. Entrega del plan de acción con las observaciones.								
4. Solicitud de pasantía profesional en el Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez.”								
5. Aceptación de pasantía profesional en el Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez.”								
6. Aprobación del plan de acción.								
7. Ejecución del plan de acción.								
8. Tabulación, análisis e interpretación de los datos.								
9. Redacción del informe final.								
10. Exposición de los resultados.								

ANEXO 16. RECURSOS.

- **Materiales:**

CANTIDAD.	DESCRIPCIÓN.	PRECIO UNITARIO.	PRECIO TOTAL.
15	Impresión de hoja de observación.	\$0.03	\$0.45
15	Impresión de hoja de entrevista.	\$0.03	\$0.45
15	Impresión de hojas de recolección de datos.	\$0.12	\$1.80
15	Impresión de hojas de asentimiento informado.	\$0.03	\$0.45
1	Crema Nivea.	\$7.00	\$7.00
1	Cartucho de tinta a color.	\$24.00	\$24.00
1	Cartucho de tinta blanco y negro	\$24.00	\$24.00
1	Impresión del protocolo.	\$1.17	\$ 1.17
1	Impresión de documento final.	\$2.00	\$2.00
1	Ejemplar.	\$6.00	\$6.00
10% de imprevistos. Total.		\$6.73	\$67.32 \$6.73 TOTAL: \$74.05