



Nº 253 -2012-SA-DG-INR

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN  
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

## Resolución Directoral

Bellavista, 08 de NOVIEMBRE del 2012

Visto el expediente Nº010033-2011 e Informe Nº586 -2012-DEIDRIFMENT/INR, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN;

### CONSIDERANDO:

Que, con la finalidad de estandarizar la atención de los pacientes que se atienden en los Departamentos de: Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en la Comunicación, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Deficiencias Intelectuales y de Adaptación Social y Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Desarrollo Psicomotor de la Dirección de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral las Funciones Mentales y el Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico de la Dirección Ejecutiva de Investigación y Docencia en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento, los profesionales responsables de las citadas unidades orgánicas han elaborado los documentos técnicos, normativos y orientadores denominados: "Guía Clínica: Guía de Práctica Clínica para Orientar la Evaluación de la Persona con Retraso Mental Grave y Profundo, determinar los tratamientos y servicios de apoyo necesarios para promover su desarrollo, educación, intereses, bienestar personal e incrementar su funcionamiento individual e inclusión en la Comunidad", Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento Médico Rehabilitador del Niño con Hipoacusia Neurosensorial", Guía Técnica: Guía Clínica de la Atención del Paciente con Retardo Mental Leve-Moderado", Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Pautas de Manejo del Trastorno Específico de la Lectura" y Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Pautas de Manejo del Trastorno Específico del Cálculo"; Guía Clínica de Atención en Rehabilitación de la Esclerosis Lateral Amiotrofica, Guía Clínica de Atención en Rehabilitación de Traumatismo Cráneo Encefálico y Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Detección Temprana y Manejo den Rehabilitación en Parálisis Facial Periférica de Bell para Profesionales del INR, que contienen conceptos, procedimientos y recomendaciones para la atención a pacientes que demandan atención especializada en Medicina Física y Rehabilitación en los citados Departamentos.

Que, los citados documentos técnicos, han sido revisados por el Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales y el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, órgano asesor en aspectos técnico y normativos;

Que, en tal virtud, resulta pertinente proceder a la aprobación de las Guía Clínicas propuestas con la Resolución respectiva; para su implementación en el nivel correspondiente.

De conformidad con la Ley Nº26842, Ley General de Salud, Ley Nº27657, Ley del Ministerio de Salud, su Reglamento, aprobado con Decreto Supremo Nº013-2002-SA, Resolución Ministerial Nº519-2006-SA/DM, Sistema de Gestión de Calidad en Salud, Resolución Ministerial Nº422-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica NT Nº027-MINSA/DGSP-V.01, Resolución Ministerial Nº715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación y en uso de las facultades conferidas;

Con la visación de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales, Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento

..//



y la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1º.-** Aprobar los documentos técnicos formulados por los Jefes de los Departamentos de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en la Comunicación, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Deficiencias Intelectuales y de Adaptación Social e Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Desarrollo Psicomotor de la Dirección de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral las Funciones Mentales y el Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico de la Dirección Ejecutiva de Investigación y Docencia en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento, denominados:

1. **GUIA CLINICA:** Guía de Práctica Clínica para Orientar la Evaluación de la Persona con Retraso Mental Grave y Profundo, determinar los tratamientos y servicios de apoyo necesarios para promover su desarrollo, educación, intereses, bienestar personal e incrementar su funcionamiento individual e inclusión en la Comunidad", que consta de Catorce (14) títulos, Bibliografía y un Flujograma: Atención del Paciente con Retardo Mental Grave y Profundo, que forman parte integrante de la presente resolución.
2. **GUIA CLINICA:** Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento Médico Rehabilitador del Niño con Hipoacusia Neurosensorial", que consta de Ocho (08) títulos y Dos (02) anexos, que forman parte integrante de la presente resolución.
3. **GUIA CLINICA:** Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Pautas de Manejo del Trastorno Específico de la Lectura", que consta de Seis (06) títulos, un flujograma de Atención al Paciente con trastorno Específico de la Lectura y la bibliografía, que forman parte integrante de la presente resolución.
4. **GUIA CLINICA:** Guía Clínica de la Atención del Paciente con Retardo Mental Leve-Moderado", que consta de Seis (06) títulos, bibliografía y un Flujograma de Atención al Paciente con Retardo Mental Leve o Moderado Menor de 12 Años, que forman parte integrante de la presente resolución.
5. **GUIA CLINICA:** Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Pautas de Manejo del Trastorno Específico del Cálculo", que consta de seis (06) títulos, un Flujograma de Atención al Paciente con Trastorno Específico de Cálculo y la bibliografía, que forman parte integrante de la presente resolución.
6. **GUIA CLINICA:** Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento Médico Rehabilitador del Niño (0-7 Años) con Displasia del Desarrollo de la Cadera en el Tercer Nivel de Atención, que consta de Veintidós (22) folios, que forman parte integrante de la presente resolución.
7. **GUIA CLINICA:** Manejo de Rehabilitación en Tortícolis Muscular Congénita , que consta de Once (11) títulos, Fluxograma y bibliografía, que forman parte integrante de la presente resolución.
8. **GUIA TÉCNICA:** Guía de Práctica Clínica para la Detección Temprana y Manejo en Rehabilitación en Parálisis Facial Periférica de Bell para Profesionales del INR que consta de Diecinueve (19) folios, que forman parte integrante de la presente resolución.



Dr. BEJAR V.



Dr. R. ALCALA R.



Dr. BEJAR V.



Nº 253 -2012-SA-DG-INR

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN  
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

## Resolución Directoral

Bellavista, 08 de Noviembre del 2012

**Artículo 2º.-** Encargar a la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales la difusión e implementación de los documentos técnicos aprobados, en el ámbito correspondiente.

Regístrese y Comuníquese,

  
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN  
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"  
AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Dr. Fernando A. Urcia Fernández  
DIRECTOR GENERAL  
CMP. N° 16500 RNE. N° 6819



FAUF/EC  
RD186-2012  
C.C. DEIDRIFMENTALES  
Unidades Orgánicas  
Responsable de la Pag. Web-INR



**INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"**  
**AMISTAD PERÚ – JAPÓN**

**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN EL  
DESARROLLO PSICOMOTOR  
DIDRIDPM**



**GUÍA TÉCNICA:**

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA  
MANEJO DE REHABILITACIÓN EN TORTÍCOLIS MUSCULAR CONGÉNITA**

**2012**





## COMPOSICION DEL GRUPO DE TRABAJO



### **COORDINADOR Y LIDER:**

ELSA ZAVALA DE FLORES

**Médico Cirujano, Especialidad en Medicina de Rehabilitación.**

Jefa del Dpto. de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Desarrollo Psicomotor.

### **AUTORES:**

LUISA MAHALI BÉJAR PAREDES

**Médico Cirujano, Especialidad en Medicina de Rehabilitación.**

PEDRO FAJARDO CAMPOS

**Licenciado Tecnólogo Médico especialidad de Terapia Física y Rehabilitación.**

GIANNINA ELIANNE VALDEZ MAGUIÑA

**Licenciada Tecnólogo Médico especialidad de Terapia Ocupacional.**



Dr. BEJAR V.



I. **NOMBRE:**

**MANEJO DE REHABILITACION EN TORTÍCOLIS MUSCULAR CONGÉNITA**

CIE10	
DETALLE	CODIGO
Tortícolis Muscular Congénita (T.M.C.)	Q68.0

**FINALIDAD**

Estandarizar los procedimientos relacionados con la atención en rehabilitación del paciente con tortícolis muscular congénita.

**OBJETIVO**

1. Reducir la variabilidad en la práctica clínica y facilitar criterios comunes que mejoren la intervención coordinada entre profesionales de distintos ámbitos clínicos.
2. Facilitar la atención oportuna, correcta e integral en rehabilitación del niño con tortícolis muscular congénito, enfatizando en el manejo de las secuelas y en la prevención de complicaciones, con el objetivo final de lograr su mejor integración general posible de acuerdo a sus capacidades y funcionalidades.
3. Mejorar la calidad y efectividad de la atención que se presta a los pacientes con tortícolis muscular congénito.
4. Mejorar los resultados funcionales del paciente portador con tortícolis muscular congénita



**ÁMBITO DE APLICACIÓN**

- Se circunscribe al Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" y específicamente al Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Desarrollo Psicomotor DIDRIDP.
- La población objetivo está constituida por niños con tortícolis muscular congénita de 0 a 7 años de edad.

## PROCESO A ESTANDARIZAR

### Diagnóstico y Tratamiento en Rehabilitación de la Tortícolis Muscular Congénita.

#### II. DEFINICION

##### 2.1. Definición<sup>(1)</sup>

*La tortícolis congénita corresponde a una anomalía músculo esquelético de origen desconocido que provoca un acortamiento del músculo esternocleidomastoideo (ECM).*

##### 2.2. Etiología

La patogenia sigue siendo misteriosa, aunque es probable que se deba a un episodio isquémico prenatal.

Davids et al. Proponen como etiología el Síndrome del Compartimento donde una lesión traumática a nivel del ECM provocaría alteraciones en la perfusión originando un edema que aumenta la presión en el compartimento aponeurótico del ECM. Este aumento en la presión genera más edema e isquemia muscular con el consecuente daño nervioso e infarto muscular, fibrosis y posteriormente una contractura muscular.



##### 2.3. Fisiopatología<sup>(2)</sup>

Fibrosis unilateral o acortamiento del ECM que causa una flexión de la cabeza y desviación de la mentón a l lado contralateral con una notoria pérdida del rango de movilidad de la columna cervical activa y pasiva.

#### III.- Aspectos epidemiológicos

En la literatura se estima una incidencia de 1,3% (0,3 a 1,9%). Esta anomalía afecta a hombres y mujeres con una relación 2:3 y se encuentra asociado a displasia de caderas en el 4,1% de los casos. A nivel cervico facial se presenta con asimetría craneofacial (90,1%), pudiendo además manifestar anomalías congénitas cervicales (0,2%) y músculo esqueléticas (6,1%)(1,6).

El año 2011 en el Instituto Nacional de Rehabilitación se registraron solo 8 casos de los 21,160 pacientes atendidos, consignándose solo un 0.038%. Al 14 de setiembre del año 2012 se

registra 10 casos de 15,059 pacientes atendidos, contando con un 0.066% en lo que va del presente año.

### III. FACTORES DE RIESGO

#### 1. Obstétricos:

- Segunda etapa del trabajo de parto prolongada

#### 2. Maternos:

- Primiparidad

#### 3. Fetales:

- Macrosomía fetal

### IV. CUADRO CLINICO (MA)<sup>(9)</sup>

En el lactante, la palpación de la oliva o «seudotumor» situados en el trayecto del esternocleidomastoideo (ECM) bastan para confirmar el diagnóstico de torticollis muscular congénito, pero su presencia no es constante y a veces resulta difícil encontrarla debido a la cortedad del cuello a esa edad. El niño mira hacia el lado sano y el estudio de la movilidad pasiva confirma el déficit de rotación hacia un lado.

La exploración física detecta desde muy pronto una asimetría de la cara y sobre todo una plagiocefalia, que se observa claramente desde arriba y que se debe a la asimetría en el reparto de las presiones sobre el cráneo cuando el niño duerme.

En los niños mayores es evidente una triple desviación asociada a una dismorfia facial, y el desequilibrio de los hombros indica los mecanismos de compensación que se desarrollan para mantener una mirada horizontal a toda costa.

### DIAGNOSTICO (ZA)

#### 5.1 Criterios de diagnóstico<sup>(14) (15)(16)</sup>

##### 1. Cuadro clínico.



El diagnóstico de tortícolis muscular congénito es puramente clínico.

#### Estudios complementarios<sup>(17)</sup>

Tienen como objetivos determinar el sitio anatómico de la lesión, conocer el grado de severidad del daño, determinar las posibilidades de cirugía y establecer el pronóstico.<sup>8</sup>

#### Imagenológicos

- Ecografía de Músculo ECM: aumento de volumen del músculo esternocleidomastoideo afectado debido a una masa sólida en su interior
- Resonancia magnética nuclear.

### 5.2 Diagnóstico diferencial

#### Condiciones oculares:

Parálisis del músculo oblicuo superior.

Parálisis del músculo recto lateral.

Nistagmus

#### Anomalías de la columna cervical:

S. Klippel-Feil.

Subluxación de C1-C2.

Hemiatlas.

Fusión ósea cervical

#### Infecciones:

Absceso parafaríngeo.

Sinusitis.

Infecciones de la vía respiratoria alta

#### Trauma.

Parálisis del plexo braquial.

Terapia de Radiación.

Tortícolis paroxística benigna.

Tumores de a nivel del sistema nervioso central (especialmente fosa posterior).

Síndrome de Sandifer (tortícolis y reflujo gastroesofágico).

## VI EXAMENES AUXILIARES (ZA)

Imagenología :

- Ecografía de Músculo ECM
- RMN/ TAC.

## VII MANEJO (MA)

### 7.1 Medidas generales

Se recomienda que el tratamiento de la TMC comience en el momento de la evaluación en consultorio médico e incluya:

- La instrucción en el programa de inicio para incluir ejercicios de estiramiento y ejercicios de rango de movimiento (flexión cervical lateral y rotación) (Freed, 2004 [S])
- Educación sobre patología básica de la TMC (Consenso local [E])
- Educación sobre adaptaciones ambientales y el posicionamiento adecuado para reducir las fuerzas de deformación en la cara y el cráneo (Freed, 2004 [S])



Dr. BEJAR V.

### 7.2 Terapéutica <sup>(7)</sup>

Se recomienda que el tratamiento de la TMC comenzar en el momento de la evaluación médica en consultorio externo e incluye: indicación de la fisioterapia con hincapié en ejercicios básicos.

- La instrucción en el programa de inicio para incluir ejercicios de estiramiento y ejercicios de rango de movimiento (flexión cervical lateral y rotación)
- Educación sobre patología básica de la TMC

- Educación sobre adaptaciones ambientales y el posicionamiento adecuado para reducir las fuerzas de deformación en la cara y el cráneo

Se recomienda que todas las visitas posteriores incluyan:

- Nueva evaluación de la amplitud de movimiento (ROM), la fuerza y la progresión en el desarrollo
- Revisión del Programa de Educación en el Hogar (HEP)
- La adición de ejercicios, actividades de desarrollo y las adaptaciones al medio, según corresponda (Consenso local [E])

Se recomienda que después de 12 meses de tratamiento, el niño se vuelve a evaluar para evaluar el progreso hacia las metas y determinar si va a haber un beneficio continuado de los servicios de terapia adicional. El niño puede requerir intervención médica adicional para lograr un resultado más funcional:

### 7.3 Criterios de referencia



Consulta quirúrgica para niños con menos de 75 ° de rotación cervical o la persistencia de tumor palpable (Cheng et al., 2001 [C], Cheng et al., 2000 [C])

Interconsulta a oftalmología en caso de existir disfunción visual (Ballock y Song, 1996 [D])

Interconsulta a ortopedia y traumatología infantil: Coexistencia de otros trastorno ortopédicos (Cheng et al., 2000 [C])

Evaluación por neurología: Examen neurológico anormal (Ballock y Song, 1996 [D])

Cirugía Plástica: Paciente demuestra Plagiocefalia Tipo I a V (Argenta, David, y Thompson, 2004 [E])

Paciente de 18 meses de edad o más al momento de presentación

### Criterios de alta



Se recomienda que un niño sea dado de alta del tratamiento cuando las metas de la terapia se han conseguido. Los objetivos incluyen:

- Rango de movimiento cervical dentro de los 5 ° de los límites normales para la flexión lateral pasiva y activa y la rotación.
- Postura simétrica en todas las posiciones funcionales.
- Cabeza en la línea media durante la actividad de la mayoría de las veces.
- Motricidad gruesa simétrica

#### 7.4 Pronóstico<sup>(5)</sup>

El pronóstico es generalmente considerado como bueno, pero el porcentaje de niños que tienen déficit residuales puede ser tan alto como 20% a 30%.

Si se observa un inicio de recuperación del deltoides o del bíceps en los bebés de 3 meses

de vida, el resultado funcional final será normal o bueno<sup>(11)</sup>



## VIII COMPLICACIONES

Fibrosis y acortamiento muscular

Trastornos de percepción

## IX CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

## X REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1- A. Rudolph r. Kamei, k. Overby. Pediatría. Problemas Ortopédicos Infantiles. Editorial Marban 3ra edición en Español 2004, Capítulo 22. Pag.866.

2- J. Volpe, M.D. Neurología del Recién Nacido, 4TA Edición en ingles 2003. Editorial Mc Graw Hill.

## XI ANEXOS

### Músculos implicados en el tortícolis.

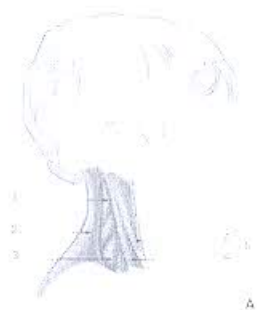


Figura 1. A. El esternocleidomastoideo (ECM) es el músculo principal debido a su situación anterolateral y a la longitud de su brazo de palanca. Sin embargo, una contractura del músculo trapecio, del esplenio de la cabeza o de los escalenos también puede dar lugar a una postura de tortícolis. 1. Músculo esplenio de la cabeza; 2. músculo trapecio; 3. músculos escalenos medio y anterior; 4. cabeza clavicular; 5. cabeza esternal; 6. músculo ECM.B..



Dr. BEJAR V.

# FLUXOGRAMA DE TORTICOLIS MUSCULAR CONGENITA (T.M.C.)

