



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

**“ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE
UNA PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA
CUADRIPLÉJICA”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Estimulación Temprana

Autora: Miniguano Barrionuevo Gabriela Stephany

Tutora: Dra. Garófalo Espinel Ana Cristina

Ambato-Ecuador

Noviembre 2021

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora de Análisis de Caso Clínico sobre el tema: “ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE UNA PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA CUADRIPLÉJICA” de Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo, estudiante de la Carrera de Estimulación Temprana, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Noviembre del 2021

LA TUTORA

Dra. Garófalo Espinel Ana Cristina

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico sobre: **“ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE UNA PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA CUADRIPLÉJICA”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Noviembre del 2021

LA AUTORA



Miniguano Barrionuevo Gabriela Stephany

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de este documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Noviembre del 2021

LA AUTORA



Miniguano Barrionuevo Gabriela Stephany

ATRIBUCIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis Clínico, sobre el tema:
“ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE UNA PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA CUADRIPLÉJICA” de Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo, estudiante de la Carrera de Estimulación Temprana.

Ambato, Noviembre del 2021

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1era VOCAL

2da VOCAL

DEDICATORIA

Como fiel creyente de su existencia, este trabajo se lo dedico a Dios, quien me ha permitido cumplir un objetivo más en mi vida.

Se lo dedico a mis padres Iván y Carmita, a mi hermana Lisseth, a mis abuelitos Blanca y Manuel (+) y a mi tía Beatriz, por su amor, paciencia y apoyo incondicional, por ser mi soporte en los buenos momentos y más aún en los momentos difíciles a lo largo de mi formación académica, por guiarme y brindarme su ejemplo en la perseverancia y confiar en mí, en cada decisión tomada.

Miniguano Barrionuevo Gabriela Stephany

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por sus bondades y bendiciones recibidas, gracias a mis padres por ser el pilar fundamental de mi vida y apoyarme incondicionalmente en cada momento para alcanzar mis sueños, a mi familia por estar presente y apoyarme en cada paso que di en este trayecto.

También un agradecimiento a cada docente de la carrera por sus conocimientos, enseñanzas y consejos impartidos día a día para crecer como persona y profesional.

A mi tutora, quien supo guiarme en el desarrollo de esta investigación con sus conocimientos, su tiempo y paciencia.

A la Lcda. Mariana Ortega, quien me brindó su apoyo y me abrió las puertas de su Centro de Estimulación CEMS-JL para la realización de este análisis de caso clínico.

A mis amigas de infancia y a los que la universidad me los presentó, gracias a ellos por su apoyo y palabras de aliento que me impulsaron a seguir adelante y a todas aquellas personas que de alguna manera han sido parte de este proceso.

Miniguano Barrionuevo Gabriela Stephany

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PÁGINAS PRELIMINARES	Pág.
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
ATRIBUCIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE PLANIFICACIONES.....	xii
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
SUMMARY	xv
INTRODUCCIÓN	1
ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO	11
1. TEMA	11
2. OBJETIVOS	11
2.1. OBJETIVO GENERAL	11
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES Y NO DISPONIBLES	11
3.1 Recopilación y descripción de las fuentes de información disponible.....	11
3.2 Recopilación y descripción de las fuentes de información no disponibles.	12
4. DESARROLLO	13
4.1. Presentación del caso.....	13

4.1.1.	Datos de filiación	13
4.1.2.	Antecedentes prenatales	13
4.1.3.	Antecedentes perinatales.....	14
4.1.4.	Antecedentes postnatales	14
4.1.6.	Antecedentes patológicos familiares.....	20
4.2.	Descripción de los factores de riesgo	21
4.2.1.	Factores de riesgo biológicos	21
4.2.2.	Factores de riesgo social	24
4.2.3.	Factores de riesgo ambientales.....	24
4.3.	Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud.....	25
4.3.1.	Oportunidades de la solicitud de la consulta.....	25
4.3.2.	Acceso	26
4.3.3.	Caracterización de la atención	27
4.3.4.	Oportunidades en la remisión.....	28
4.3.5.	Trámites administrativos.....	28
4.4.	Identificación de los puntos críticos	29
4.4.1.	Amaurosis de ojo izquierdo	29
4.4.2.	Hipoacusia neurosensorial bilateral.	29
4.4.3.	Problemas ortopédicos	29
4.4.4.	Retraso en el desarrollo psicomotor.....	29
4.4.5.	Condición económica.....	29
4.5.	Caracterización de las oportunidades de mejora	30
5.	PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO	31
5.1.	Teoría de la Integración sensorial.....	33
5.2.	Proceso de la integración sensorial.....	33
5.3.	Receptores sensoriales.....	34
5.4.	Método de Integración Sensorial.....	36

5.5.	Estimulación temprana	38
5.6.	Áreas de Estimulación Temprana.....	38
5.7.	Intervención de Estimulación Temprana con el método de Integración Sensorial	39
5.8.	Test de evaluación del desarrollo psicomotor y afectivo “Haizea-Llevant”	40
5.9.	Resultados de la evaluación del desarrollo psicomotor y afectivo “Haizea-Llevant”	41
5.10.	Plan de tratamiento	44
6.	CONCLUSIONES	55
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
8.	ANEXOS	61

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla No. 1 Caracterización de las oportunidades de mejora	30
Tabla No. 2 Pre -Test de evaluación psicomotriz Haizea-Llevant.....	41
Tabla No. 3 Señales de alerta del pre - test de evaluación psicomotriz Haizea-Llevant	42
Tabla No. 4 Post -Test de evaluación psicomotriz Haizea-Llevant	43
Tabla No. 5 Señales de alerta del post - test de evaluación psicomotriz Haizea- Llevant.....	44

ÍNDICE DE PLANIFICACIONES

	Pág.
Planificación No. 1 Sentido táctil.....	46
Planificación No. 2 Sentido táctil.....	46
Planificación No. 3 Sentido propioceptivo	47
Planificación No. 4 Sentido propioceptivo	48
Planificación No. 5 Sentido vestibular.....	49
Planificación No. 6 Sentido vestibular.....	50
Planificación No. 7 Sentido de la vista	51
Planificación No. 8 Sentido de la vista	52
Planificación No. 9 Sentido del olfato y del gusto.....	53
Planificación No. 10 Sentido del oído.....	53

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1 Carta de compromiso.....	61
Anexo 2 Consentimiento informado para realizar la evaluación	62
Anexo 3 Consentimiento informado de divulgación de la información	63
Anexo 4 Informe primera ecografía.....	64
Anexo 5 Plan de transporte de mujeres embarazadas con riesgo obstétrico.....	65
Anexo 6 Historia Clínica.....	66
Anexo 7 Formulario de referencia, derivación, contra referencia y referencia inversa	80
Anexo 8 Informe médico –diagnóstico parálisis cerebral espástica cuadripléjica.....	82
Anexo 9 Examen potenciales evocados visuales	83
Anexo 10 Informe médico potenciales evocados visual	85
Anexo 11 Examen electroaudiometría	86
Anexo 12 Informe médico electroaudiometría	87
Anexo 13 Informe médico rayos x de cadera.....	89
Anexo 14 Rayos x de cadera.....	90
Anexo 15 Carnet de vacunas-medidas antropométricas-esquema de vacunación.....	91
Anexo 16 Imagen de resonancia magnética de cerebro	94
Anexo 17 Segundo informe médico-imagen de resonancia magnética de cerebro ...	95
Anexo 18 Anamnesis del Centro de Estimulación Multisensorial y Temprana “CEMS-JL”	96
Anexo 19 Entrevista.....	100
Anexo 20 Test Haizea-Llevant aplicación pre-test	104
Anexo 21 Test Haizea-Llevant aplicación post-test.....	106
Anexo 22 Fotografías.....	113

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

**“ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE
UNA PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA
CUADRIPLÉJICA”**

Autora: Miniguano Barrionuevo Gabriela Stephany

Tutora: Dra. Garófalo Espinel Ana Cristina

Fecha: Noviembre del 2021

RESUMEN

El presente análisis de caso clínico tiene como finalidad determinar la influencia de la estimulación temprana mediante la aplicación del método de integración sensorial en el desarrollo psicomotor de una paciente que tiene parálisis cerebral espástica cuadripléjica, siendo una investigación de tipo cualitativa, se detallan las características del trastorno neuromuscular y las complicaciones del mismo. Se considera a la parálisis cerebral espástica cuadripléjica como un grupo de trastornos del tono postural y el movimiento, en el cual se encuentra afectada la vía piramidal, se caracteriza por presentar rigidez en los músculos de los miembros superiores e inferiores, provocando limitaciones en el desplazamiento y en el desarrollo de habilidades. El diagnóstico de este caso es en un paciente de 1 año 9 meses de edad género femenino, con afectación en el desarrollo psicomotriz, se aplicó el test Haizea Llevant, obteniendo como resultado un déficit en las áreas de socialización, lenguaje y lógica matemática, manipulación y en la postura, por ende, se determina la necesidad de indagar un método dentro de la estimulación temprana que le permita trabajar todas las áreas afectadas. Se describe un plan de intervención, enfocado al trabajo de los sistemas sensoriales exteroceptivos e interoceptivos, para disminuir el tono muscular, mejorar su postura, coordinación y funciones cognitivas de una forma integradora.

PALABRAS CLAVES: PARÁLISIS CEREBRAL, HIPERTONÍA, INTEGRACIÓN SENSORIAL, HAIZEA LLEVANT, PSICOMOTOR.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
HEALTH SCIENCES FACULTY
EARLY STIMULATION RACE

**“EARLY STIMULATION IN THE PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT OF A
PATIENT WITH QUADRIPLLEGIC SPASTIC CEREBRAL PARALYSIS”**

Author: Miniguano Barrionuevo Gabriela Stephany

Tutor: Dra. Garófalo Espinel Ana Cristina

Date: July, 2021

SUMMARY

The purpose of this clinical case analysis is to determine the influence of early stimulation through the application of the sensory integration method in the psychomotor development of a patient who has quadriplegic spastic cerebral palsy, being a qualitative investigation, the characteristics of the neuromuscular disorder and its complications. Quadriplegic spastic cerebral palsy is considered a group of postural tone and movement disorders, in which the pyramidal pathway is affected, it is characterized by stiffness in the muscles of the upper and lower limbs, causing limitations in movement and in skill development. The diagnosis of this case is in a patient of 1 year 9 months of age female, with affectation in the psychomotor development, the Haizea Llevant test was applied, obtaining as a result a deficit in the areas of socialization, language and mathematical logic, manipulation and in the posture, therefore, the need to investigate a method within the early stimulation that allows you to work all the affected areas is determined. An intervention plan is described, focused on the work of the exteroceptive and interoceptive sensory systems, to decrease muscle tone, improve posture, coordination and cognitive functions in an integrative way.

KEY WORDS: CEREBRAL PARALYSIS, HYPERTONIA, SENSORY INTEGRATION, HAIZEA LLEVANT, PSYCHOMOTO

INTRODUCCIÓN

Este documento es el análisis de caso clínico de una paciente que fue diagnosticada con parálisis cerebral espástica cuadripléjica acompañada de déficits en los sistemas sensoriales como son: hipoacusia profunda bilateral y ceguera de ojo izquierdo que es un grupo de afecciones, provocando discapacidad a nivel psicomotor, además nos brinda información acerca de las posibles causas que provocan dicha patología y a su vez describir la importancia del método de integración sensorial como tratamiento terapéutico alternativo en los niños que la padecen.

En 1843 el ortopedista William Little fue el primero en hacer una relación de la rigidez y las contracturas que presentaban los músculos con algún daño en el cerebro inmaduro de los infantes, pero en 1889 William Osler un médico canadiense publicó oficialmente un artículo en donde habla específicamente sobre la parálisis cerebral en los niños/as. (Martí, 2015)

La Parálisis Cerebral se define como un desorden permanente a nivel motor esto a causa de una lesión neurológica no progresiva, evidenciando alteraciones en la postura, tono y movimiento de forma significativa como para provocar limitaciones, por lo general aparece durante la edad temprana, cuando el cerebro está en proceso de maduración. (García, 2016)

La Parálisis Cerebral Espástica es un trastorno neuromotor que afecta la corteza motora, es decir existe una lesión en el nivel superior del control de movimiento (en esta área se sitúan las neuronas motoras superiores y los impulsos son enviados de forma directa a través de la vía piramidal, controlando las funciones proximales de las extremidades). Este tipo de parálisis es la más frecuente y afecta entre el 70 al 80 % de los niños y niñas con PCI. (Vázquez & Vidal, 2014).

Entre los síntomas de la PC espástica tenemos el retraso en el desarrollo motor, tono muscular anormal en este caso se caracteriza por la presencia de hipertonia en las extremidades (rigidez o espasticidad) esto en cuanto a músculos y articulaciones, los movimientos son tiesos, existe una resistencia continua a un estiramiento pasivo en toda la extensión del movimiento (hiperreflexia), además la coexistencia de epilepsia,

problemas en el aprendizaje, dificultades en la parte senso-perceptiva y a nivel cognitivo. (Pernías , 2017)

Las etiologías de PC son multifactoriales, a continuación, se presentan los posibles factores de riesgo en las diferentes etapas:

Congénitas: Equivale al 85 % de PC en las etapas pre-perinatales.

- **Factores prenatales:**

Maternos: Enfermedades autoinmunes como la diabetes, lupus, también las infecciones intrauterinas, toxoplasmosis, citomegalovirus, rubéola, hipertiroidismo materno, exposición a toxinas o agentes teratógenos incluso exposición a rayos X, incompatibilidad del grupo sanguíneo o el factor Rh, preeclampsia (hipertensión arterial), eclampsia, predisposición a abortos, cuadro febril en la madre, consumo de medicamentos contraindicados por el especialista, desnutrición materna.

Alteraciones en la placenta: Trombosis materno fetal.

Fetales: Retraso en el crecimiento intrauterino, embarazo múltiple, defectos al momento del cierre del tubo neural como meningocele o mielomeningocele, microcefalia, polihidramnios, malformaciones, anoxia por circular de cordón. (Hernández et al., 2019)

- **Factores perinatales:** Bajo peso al nacer inferior a los 2500 g, prematuridad antes de la semana 32 de gestación, eventos de asfixia llegando a un cuadro grave de una encefalopatía hipóxica-isquémica, hiperbilirrubinemia (kernicterus), hemorragia o infarto intracraneal. (Landa et al. , 2017)

Adquiridas: Equivale al 15 % de PC en la etapa postnatal.

- **Factores postnatales:** Traumatismos craneoencefálicos debido a caídas o golpes en la cabeza, infecciones como encefalitis o meningitis, convulsiones, deshidratación grave, intoxicación por medicamentos por una administración inadecuada o por la suministración de un fármaco al cual el infante es alérgico, envenenamiento. (Gómez et al. , 2013)

Tipos de parálisis cerebral

Parálisis Cerebral Espástica: Este tipo de parálisis es la más frecuente en los niños/as, se produce a causa de una lesión en la corteza cerebral específicamente en las áreas que se encargan de los movimientos motores como es la corteza motora, esto hace que los músculos de la persona que tuvo esta lesión tenga un aumento del tono, provocando rigidez (hipertonía), con una persistencia refleja conocida como hiperreflexia, en estos casos los grupos musculares se contraen al mismo momento haciendo que los movimientos sean bruscos y descoordinados.

Parálisis Cerebral Discinética o Atetoide: Se produce a causa de una lesión en los ganglios basales, la parte central del cerebro. Este tipo afecta al tono muscular y tiene cambios en los mismos, es decir, de tener los músculos en tono alto (hipertónico) a un tono bajo (hipotónico), esto hace que los movimientos sean incontrolables debido a que las contracciones son cambiantes.

Parálisis Cerebral Atáxica: Se da por una lesión en el cerebelo, presenta una disminución de la fuerza muscular, la característica principal es la imposibilidad de equilibrarse por lo que puede tener temblores con inestabilidad en la marcha y dificultades en las habilidades manuales.

Parálisis Cerebral Hipotónica: Este tipo de parálisis es poco frecuente, se caracteriza por la presencia de hipotonía muscular acompañado con un aumento de los reflejos primitivos (hiperreflexia).

Parálisis Cerebral Mixta: A los profesionales de la salud les resulta complicado diagnosticar una parálisis cerebral pura o precisa, es decir que por lo general se encuentra una combinación de los síntomas de los cuatro tipos de parálisis cerebral infantil descritos anteriormente. (Molina , 2020)

Clasificación topográfica

Dentro de la parálisis cerebral espástica existe una clasificación según el lugar de afectación:

Hemiplejía: Se encuentra comprometido un hemicuerpo, es decir que se encuentra afectado un miembro superior y uno inferior del mismo lado, existe una prevalencia de afectación del lado derecho.

Diplejía: Se ve involucrado las partes simétricas del cuerpo esta parálisis es denominada también como parálisis bilateral, es decir, que pueden ser afectados los brazos o las piernas, pero es frecuente que este patrón afecte a los miembros inferiores.

Cuadriplejía: Esta es la afectación más grave, debido a que se encuentra comprometido los miembros superiores inferiores, acompañado de una hipotonía en el tronco. El 50% tiene causa prenatal, 30% perinatal y un 20% postnatal. Se puede evidenciar que los sujetos que la padecen tienen alteración en la deglución. (Vázquez & Vidal, 2014)

Clasificación según la gravedad de afectación

Leve: Presentan descoordinación en los movimientos voluntarios del cuerpo, pero no tienen mucha repercusión en la funcionalidad de lo mismo, ya que, sí puede realizar actividades básicas de la vida diaria y movimientos que le permiten desplazarse de un lugar a otro, aunque con un poco de dificultad, pero lo harán sin la ayuda de otras personas.

Moderada: Está marcado por limitaciones en el desplazamiento, esto en cuanto a la motricidad gruesa como es la marcha, también en motricidad fina como en la manipulación de cosas u objetos, en estos casos necesitan ayuda para la ejecución de actividades básicas.

Grave y profunda: Las personas con esta afectación siempre requieren ayuda de otras personas e incluso de materiales e instrumentos que les permitan mantener su postura y la movilización de sí mismos, ya que en estos casos no poseen control sobre sus posturas y debido a ello la provocación de deformidades físicas. (Arias , 2020)

Fisiopatología

Se debe tener en cuenta que el problema no está en los músculos, pero si afecta el movimiento de los mismos, esto debido a las anomalías en el cerebro impidiendo la funcionalidad y la capacidad en el control voluntario de los movimientos. (Pernías , 2017)

La lesión cerebral afecta a grupos de neuronas motoras superiores ubicadas en las áreas principales del control motor, es decir en la vía piramidal, extrapiramidal o cerebelo, centros reguladores de los movimientos voluntarios. Implica una alteración ya sea en

las neuronas o las vías motoras que se encargan de enviar los impulsos y ejecutar una función inhibitoria sobre las motoneuronas situadas en el tronco del encéfalo, el desequilibrio de estos impulsos que se están ejecutando, provocan un déficit motriz a causa del daño ocurrido en las neuronas motoras superiores. La lesión en la PC Espástica ocurre en la corteza motora ubicada entre el lóbulo frontal y los lóbulos parietales, haciendo que los músculos se contraigan más de la normalidad debido a que los impulsos eléctricos son transmitidos de forma incorrecta, en parámetros normales un grupo de músculos se contraen (los que lo extienden) y otro grupo se relaja (los que se flexionan) para que se dé un movimiento adecuado, pero en este caso la activación muscular depende de estas partes del cerebro que se encuentran lesionadas y al momento de querer realizar un estiramiento todos los músculos involucrados se mantienen contraídos, es decir se da en un mismo momento, teniendo como resultado la espasticidad de las extremidades. (Kleinsteuber et al. , 2014)

Patogénesis

A pesar de los avances constantes en la medicina, la incidencia de Parálisis Cerebral Infantil sigue igual, evidenciando que no ha sido suficiente para disminuir la prevalencia.

A nivel mundial la incidencia de Parálisis Cerebral Infantil (PCI) es de 2-3 infantes de cada 1000 nacidos vivos y es la causa más común de discapacidad físico-cognitivo en la primera infancia, ya que es un conjunto de trastornos del movimiento y la postura a causa de una lesión no progresiva del cerebro en desarrollo, esto puede acompañarse de convulsiones, déficit visual y auditivo, alteración en el desarrollo del lenguaje, discapacidad intelectual y por ende dificultades en el aprendizaje. (Martínez & Costa , 2018)

La incidencia en el continente europeo es de 2 por cada 1000 nacidos vivos, y esto más alta en el género masculino que el femenino de 1,33: 1. Entre el 80-90% de parálisis es espástica, alrededor de un 60 % de los infantes que tienen cualquier tipo de parálisis presentan una incapacidad de desarrollo adjunta, en esto tenemos que el 40 % presentan como consecuencia de este trastorno una incapacidad intelectual, un 35 % epilepsia y alrededor de un 15 % alteraciones en la visión y audición. (Mandal, 2019)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la parálisis cerebral infantil es la causa número uno de discapacidad en los niños y niñas menores de 5 años de edad en todo el mundo, en la cual dan una aproximación de que cada año existe más de un millón de infantes que sobreviven después de tener asfixia específicamente en la etapa perinatal, es decir, el oxígeno fue insuficiente al momento de llegar al cerebro del neonato y esto provoca discapacidades o desarrollan enfermedades que provocan dificultades en el desarrollo psicomotor. Más de 500.000 americanos presentan parálisis cerebral (Cabezas , 2017)

En Ecuador la prevalencia de discapacidad en el año 2020 fue del 2,72%. En el Registro Nacional de Discapacidad existen 471 322 personas registradas en total que presentan alguna discapacidad y de estas un 45,78% presenta una discapacidad física, un 23,05% discapacidad intelectual, el 14,12% una discapacidad auditiva, un 11,56% visual y un 5,49% psicosocial. De toda esta población el 1,46 % corresponde a los niños y niñas de entre los 0 a los 6 años de edad con discapacidad física, intelectual, auditiva, visual, psicosocial y múltiple, debido a que cada una de estas se puede manifestar en diferentes estados, todo dependerá de la gravedad y la forma de afectación. (CONADIS, 2021)

La mortalidad de la PC varía según el nivel de gravedad, topografía y las comorbilidades asociadas. (Figuerola et al. , 2017)

Diagnóstico

Para el establecimiento de un diagnóstico de parálisis cerebral es a partir de los seis meses de vida, es por ello fundamental que en los niños y niñas menores de dos años se realice evaluaciones del desarrollo psicomotriz para la detección de signos de alerta que facilite la sospecha inmediata de alguna disfunción en los infantes, específicamente cuando existe retraso en los hitos de desarrollo en cuanto a motricidad fina y gruesa, entre estos la no adquisición de los saltos motores como sostén cefálico, sedestación, gateo o bipedestación y esto puede deberse a la hipertonía, hipotonía o descoordinación de los movimientos voluntarios.

Existen varios exámenes médicos como valoraciones a nivel sensorial (déficits), ortopédicas y de maduración cognitiva, pero para la determinación de diagnóstico

específico se necesita de exámenes basados en la tecnología que complementen las sospechas de PC, entre ellos tenemos los siguientes que son más comunes:

Resonancia Magnética (IRM): Es un examen que crea imágenes no invasivas del cuerpo de un individuo, que permite evaluar los tejidos blandos obteniendo como resultados imágenes claras sobre el Sistema Nervioso.

Tomografía Computarizada (TC): Es un examen que permite obtener imágenes tridimensionales de los tejidos. (Gamarra & Medina , 2020)

Desarrollo psicomotor

La palabra psicomotor o psicomotriz nos habla de dos componentes que son: “psico” que corresponde a la actividad mental, es decir la parte cognitiva-afectiva y “motor” o “motriz” que se refiere a la capacidad del movimiento y este a su vez se divide en capacidad motriz gruesa y capacidad motriz fina. Ahora el desarrollo psicomotor hace referencia a la facultad de adquirir habilidades y conocimiento por medio de experiencias y estas a través de la interacción con el medio que le rodea, esto se da progresivamente y una manera dinámica, dando a notar la maduración del Sistema Nervioso Central, este desarrollo sigue un ritmo, en el que cada progreso corresponde a una cierta edad, al momento de adquirir una habilidad esta se perfecciona y continuo a ello se aprende una habilidad nueva, por ello es considerado un proceso evolutivo fundamental del ser humano. (Carbó et al. , 2012)

Psicomotricidad

Es la disciplina encargada del abordaje en cuanto al desarrollo psicomotor, por ende, se considera un proceso continuo e integral en conjunto a procesos de crecimiento y maduración, dando una visión general en la que cuerpo y mente son un solo. Las áreas del desarrollo del sujeto no son aisladas, es decir, existe un entrelazamiento con la cognición, afectividad, lenguaje, lo social, la parte psicológica y neurológica, lo cual hace que se configure y caracterice su desarrollo psicomotor.

La Psicomotricidad tiene tres ejes que son: cuerpo, espacio y tiempo.

- **Cuerpo:** Presenta una visión integradora y dinámica, permitiendo el acceso al mundo y su relación con el medio que lo rodea como un ser que siente, actúa y piensa.

- Espacio: Es una construcción mental que se alcanza por medio de la interacción con el medio.
- Tiempo: Permite el orden de los acontecimientos en cuanto a experiencia con el mundo externo, esto permite la socialización y la adaptación a cambios. (Pernías , 2017)

Test Haizea-Llevant

Esta tabla fue creada en el año de 1991, como resultado de un estudio aplicado en una muestra aleatoria con población española, en la que fue realizado con 1702 entre niños y niñas de la comunidad autónoma de Cataluña y aproximadamente a 817 de igual manera entre niños y niñas españoles del País Vasco.

Este instrumento de observación ha sido de gran beneficio para los programas asignados en la salud infantil española, programas con la finalidad de valorar el desarrollo psicomotriz y a su vez determinar dificultades o disfunciones, permitiendo una intervención temprana, esta tabla es considerada un instrumento de detección de signos de alarma o retrasos en el desarrollo psicomotor, más no un instrumento que posibilite un diagnóstico como tal. (Torres , 2017)

El objetivo del diseño de esta tabla es que los profesionales de la salud, educación y los encargados de la parte social tengan la facilidad al momento de valorar el desarrollo de los infantes para una detección precoz hablando netamente de la población infantil, y la evaluación detallada en base a las dificultades y los signos de alarma encontrados en la misma.

La evaluación del desarrollo psicomotor y afectivo Haizea Llevant está diseñado para proveer signos de alerta ante parálisis cerebral, deficiencia mental y déficits a nivel sensorial como sordera y ceguera. Este test consta de 97 elementos o ítems y evalúa cuatro áreas del desarrollo psicomotor de los infantes que son: socialización, lenguaje y lógica matemática, manipulación y postural, se aplica para niños y niñas de entre los 0 a los 5 años de edad.

En este test se evidencia cuantificadores que son similares a los que tiene el test de Denver II, en el inicio de la barra que es de color rosa claro se evidencia que el 50 % de la población en ese rango de edad cumple con ese hito de desarrollo, el rosa medio

indica un 75 % y el final de la barra se muestra que un 95 % ejecutan dicha habilidad, también en este test se puede verificar la existencia de barras que muestran signos de alerta, mismas que están representadas por un color rosa oscuro, reúne varios ítems que permiten obtener una detección oportuna en cuanto al desarrollo en el momento de la evaluación y de ese modo remitir según sea el caso a una valoración más detallada. (Martínez , 2020)

Método-Terapia de Integración Sensorial

Se considera una herramienta para el trabajo en niños y niñas que tienen discapacidad, que permite la organización de la información percibida a través de los sentidos tanto del exterior como del interior mismo de la persona para dar una respuesta adaptativa según las demandas del entorno. Sus aplicaciones en los primeros años de desarrollo son significativas, esto gracias a la existencia de mayor plasticidad cerebral durante los 3 años iniciales, porque es en este periodo en donde se establecen los cimientos para el desarrollo psicomotor a través de la exploración del medio.

La efectividad de la Integración Sensorial se basa en el actuar sobre el sistema nervioso para fomentar un desarrollo integral, en conjunto con las funciones de percepción visual y su integración, coordinación, etc. Esto según la insistencia de la eficacia en investigaciones europeas.

En Ecuador existe escasas de investigaciones acerca de la Integración Sensorial como herramienta para el desarrollo de los infantes con discapacidad, existen 3 investigaciones en el que manifiestan que al mejorar el procesamiento sensorial se observa resultados positivos en cuanto al área de motricidad como en la postura, control de movimientos, la conducta y habilidades comunicativas. Se ve la necesidad de investigar más en este tema tan importante. (Gallegos & Guagalango , 2020)

Esta terapia consiste en aplicar diferentes actividades enfocadas en cada sistema sensorial y al trabajo de todas las áreas de desarrollo psicomotriz en una sola sesión, en cada terapia se trabaja un sentido, iniciando por el táctil para otorgar experiencias que le permita tener conciencia del tacto y esto a través de diversas texturas iniciando con las suaves a las más ásperas, siempre fijándose en la capacidad de tolerancia del niño/a para no irritarlo, ya que lo primordial es que se sienta cómodo, después se prosigue con el sentido propioceptivo que va de la mano con el táctil, continuo a ello

al trabajo con el sentido vestibular, sentido de la vista, gusto-olfato y finalmente el sentido del oído, se considera importante empezar por los sentidos que permiten el posicionamiento y la conciencia corporal conjunto al equilibrio, ya que se requiere mejorar las posturas al momento de realizar actividades que requieran de atención y concentración.

Antes de iniciar cada terapia primero se inicia con la entonación de canciones cortas para motivar a los niños/as a incluirse en la actividad, para luego proseguir al trabajo de cada una de las áreas del desarrollo, en este caso se puede iniciar con el área motriz grueso y brindando un estímulo de acuerdo al sentido que se trabaje enfocado netamente en esta área de desarrollo, lo mismo en el lenguaje, social, motriz fino, en cada área se trabaja lo que compete conjunto al estímulo sensorial según sea el caso. Por ejemplo, en el área del lenguaje se trabaja con masajes en el rostro usando texturas, es decir, se trabaja en el fortalecimiento de la musculatura encargada para la articulación de fonemas y palabras y al mismo momento se da el estímulo sensorial que sería el táctil, la respuesta adaptativa o esperada es que el niño/a tolere el roce de las texturas. El procedimiento se da de la misma manera con todos los sistemas sensoriales y las áreas del desarrollo.

A continuación, se detalla otro ejemplo, existen conductas como berrinches o pataletas esto producto de la irritabilidad en los niños en una simple actividad diaria como es el de peinarlos, esto es un signo de defensa táctil porque no toleran el roce de dicho peine sobre ellos, por ende, el trabajo es que se apliquen texturas con el fin de regular el umbral de las sensaciones cutáneas. (Escobar , 2017)

La terapia de integración sensorial es una de las terapias alternativas que se han propuesto para el trabajo con sujetos que presenten discapacidad, y gracias a esta aplicación observar cambios en la conducta, en la parte emocional, y lo fundamental en la mejora de posturas y la coordinación motriz.

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

1. TEMA

“ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE UNA PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA CUADRIPLÉJICA”

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

- Analizar la influencia de la estimulación temprana mediante la aplicación del método de integración sensorial en el desarrollo psicomotor de una paciente con parálisis cerebral espástica cuadripléjica.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características clínicas de la parálisis cerebral espástica cuadripléjica, y su comorbilidad.
- Evaluar el desarrollo psicomotor en un paciente con parálisis cerebral espástica cuadripléjica mediante la aplicación del test Haizea-Llevant.
- Aplicar un plan de tratamiento preventivo basado en técnicas, actividades y ejercicios de estimulación temprana en la niña con parálisis cerebral espástica cuadripléjica.

3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES Y NO DISPONIBLES

3.1 Recopilación y descripción de las fuentes de información disponible.

La información que recopiló para la descripción y análisis de este caso clínico se ha obtenido en las siguientes fuentes:

- **Historia Clínica 1:** Institución pública

- Plan de transporte de mujeres embarazadas con riesgo obstétrico
- Historia del inicio de la patología
- Historia actual de la patología
- Informe médico diagnóstico de resonancia magnética
- Examen potencial evocados visuales
- Informe médico potenciales evocadas visuales
- Examen electroaudiometría
- Informe médico electroaudiometría
- Formulario de referencia, derivación, contra referencia y referencia inversa
- **Historia Clínica 2:** Institución privada
 - Informe médico de primera ecografía prenatal
 - Rayos x de cadera
 - Informe médico rayos x de cadera
 - Segunda resonancia magnética de cerebro
 - Segundo informe médico de imagen de resonancia magnética de cerebro
- **Historia Clínica 3:** Institución Privada
 - Anamnesis

3.2 Recopilación y descripción de las fuentes de información no disponibles.

En la presente investigación se ha recolectado información confidencial que se detalla a continuación:

- **Entrevista:** Se planteó una serie de preguntas dirigida a la madre de la paciente para la obtención de información de los antecedentes pre, peri y posnatales, complicaciones antes y durante el embarazo, la alimentación, el desarrollo psicomotor desde los primeros meses hasta la edad actual, servicios de salud a los que acude, estado familiar y socioeconómico, la manera en la que enfrenta la familia ante la condición que tiene la niña.
- **Consentimiento informado:** Se detalla a los padres de la menor en que consiste el análisis de caso clínico, lo que se va hacer con la información obtenida mediante las entrevistas, evaluaciones, historias clínicas y exámenes complementarios, despejando dudas y pidiendo la respectiva autorización, respetando el proceso de

confidencialidad de los datos de identificación de la paciente e instituciones a la que acude.

- **Ficha de valoración:** Se aplicó el test Haizea-Llevant que permite evaluar el desarrollo global de la paciente e identificar los signos de alerta, este test fue desarrollado en Cataluña para comprobar el nivel de desarrollo cognitivo y motor en niños y niñas de 0 a 5 años, su aplicación es individualizada, tiene una duración de 15 a 20 minutos, consiste en 97 indicadores en total, dividida en las 4 áreas de desarrollo.
- **Información científica:** Se recopiló información de varios libros, revistas y artículos científicos, para tener una idea más clara de la epidemiología de la parálisis cerebral, el diagnóstico y manejo terapéutico de la paciente.

4. DESARROLLO

4.1. Presentación del caso

4.1.1. Datos de filiación

En la actualidad paciente femenina tiene 1 año 9 meses de edad cronológica, mestiza, nació el 28 de julio del 2019, en el Hospital General Gustavo Domínguez en la ciudad de Santo Domingo, en la actualidad reside en el cantón Latacunga, parroquia San Buenaventura sector la FAE, provincia de Cotopaxi.

4.1.2. Antecedentes prenatales

Durante el periodo de gestación la madre tenía 25 años de edad, su primera ecografía fue a las siete semanas y dos días de embarazo, embrión con actividad cardiaca positiva y frecuencia cardiaca de 158 latidos por minuto al momento del examen, el saco gestacional presentó morfología e implantación adecuada, se realizó 6 controles prenatales y 5 ecografías, durante este periodo recibió ácido fólico, hierro y vitaminas, presentó complicaciones a las 12 semanas de gestación debido a que tuvo una amenaza de aborto, mismo que fue tratado requiriendo de reposo absoluto durante el primer trimestre sin hospitalización, a las 24 semanas de gestación le diagnostican diabetes gestacional, por el cual tuvo que seguir una dieta estricta, baja concentración de

azúcares, sal (hiposódica), carbohidratos, pero si mayor consumo de proteínas, ensaladas, frutas todo esto en porciones de acuerdo a su peso, talla y condición. Durante el primer y tercer trimestre presentó infección de vías urinarias/vaginosis con tratamiento y remisión de síntomas. No tuvo exposición a radiaciones o agentes teratogénos, pero antes de la séptima semana de embarazo la madre realizaba actividades con normalidad como cargar peso.

4.1.3. Antecedentes perinatales

Producto de una segunda gesta, por parto eutócico cefalovaginal, prematura tardía según edad gestacional (36.3 semanas), pero a término por Capurro (38 semanas), sin complicaciones, en el Hospital General Gustavo Domínguez de la ciudad de Santo Domingo, en la valoración del A.P.G.A.R. con una puntuación aparentemente normal de 8 al primer minuto y 9 al quinto minuto, pese a que presentó los siguientes signos: Ausencia de llanto inmediato al parto y succión débil. Medidas antropométricas iniciales de: peso de 3265 g, talla de 47.5 cm, perímetro cefálico de 35 cm, el tipo de sangre A+.

4.1.4. Antecedentes postnatales

Recién nacido (neonato) después de 24 horas de vida extrauterina presentó ictericia, pero fue internada por un cuadro de hiperbilirrubinemia a los 3 días de vida extrauterina, esto a causa de la incompatibilidad del grupo sanguíneo ABO, fue tratada con fototerapia intensiva y tratamiento antibiótico (ATB), después de permanecer seis días internada fue dada de alta.

La alimentación de la niña durante los primeros 7 meses de vida fue con leche materna exclusiva y a partir de los 7 a 8 meses inició el periodo de ablactación con papillas. A los 12 meses se da el destete debido a que la madre ya no tenía producción de leche.

Aparente desarrollo normal hasta los 2 a 3 meses de vida aproximadamente.

Motor grueso: Movimiento activo de brazos y piernas hasta los 2 meses, control cefálico parcial a los 12 meses, sedestación con apoyo a los 12 meses, no gateó, no ha desarrollado la bipedestación con apoyo.

Motor fino: Llevarse las manos a la boca a los 2 meses, junta las manos a los 15 meses, pero no sostiene objetos a causa de la hipertonía y los movimientos descoordinados.

Cognición: Seguimiento visual a los 2 1/2 meses, se retira el pañuelo de la cara sin usar las manos lo hace inclinando la cabeza hacia adelante, no busca objeto caído, seguimiento auditivo nulo a causa de la hipoacusia bilateral.

Lenguaje: Balbuceo a los 3 meses hasta la actualidad.

Socio-afectivo: Sonrisa social a los 3 meses, reconoce rostros familiares en especial a la madre.

Madre manifiesta que llevaba a su hija al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IEES) de Latacunga para los controles médicos y evaluación del desarrollo, la atención fue brindada por un médico-pediatra, aparentemente la menor tenía un desarrollo psicomotriz normal hasta los 2 meses de vida.

En el rango del tercer al cuarto mes de vida los padres notan signos de alerta en el desarrollo psicomotor de la niña, debido a que no tenía sostén cefálico, disminución de la actividad en el movimiento de sus extremidades, no realizaba semigiros ni giros, perdió la fijación y el seguimiento visual, manos cerradas en todo momento, no tomaba objetos, motivos por el cual la madre lleva a su hija nuevamente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IEES) de Latacunga en donde la evaluación es realizada por un médico-pediatra quien basándose en la observación del examen físico manifiesta verbalmente a la madre que según los síntomas se puede hacer un diagnóstico presuntivo de Parálisis Cerebral Infantil, pero como el diagnóstico se puede dar a partir de los 6 meses tuvieron que esperar.

A los 6 meses de vida es valorada por un médico-pediatra quien determina el diagnóstico de retraso generalizado del desarrollo en la menor, teniendo a su vez un diagnóstico presuntivo de Parálisis Cerebral Infantil.

Al 1 año 3 meses de edad presenta un diagnóstico definitivo de Parálisis Cerebral Espástica Cuadripléjica dicha parálisis a causa de una encefalopatía por un cuadro de hiperbilirrubinemia según la valoración de los resultados de la resonancia magnética por el neurocirujano, quien refiere tratamiento de rehabilitación, sin tratamiento farmacológico.

Al 1 año 4 meses de edad presenta un diagnóstico de amaurosis de ojo izquierdo y visión subnormal de ojo derecho según la valoración de los resultados del examen de potenciales evocados visuales realizado por la neurofisióloga clínica.

Al 1 año 5 meses de edad presenta un diagnóstico de hipoacusia neurosensorial profunda bilateral, diagnóstico dado por el terapeuta de lenguaje según los resultados obtenidos a través del examen de electroaudiometría.

Al 1 año 6 meses presenta aparente luxación de cadera diagnóstico del médico familiar del Centro de Salud de la ciudad de Latacunga, pero aún no es valorada por el especialista traumatólogo para el diagnóstico definitivo e iniciar con el tratamiento adecuado.

4.1.5. Antecedentes patológicos personales

29 de julio del 2019

Paciente en el Hospital General Gustavo Domínguez de la ciudad de Santo Domingo presentó un color amarillento en los ojos (ictericia) por lo que la madre supuso un cuadro de hiperbilirrubinemia debido a que su primer hijo presentó lo mismo, indica al médico el signo que presenta la menor, pero no fue internada debido a que el médico manifestó que era un cuadro clínico leve y que no requería hospitalización, dando el alta médica.

30 de julio del 2019

Paciente se encontraba en la ciudad de Santo Domingo en el domicilio con la madre, quien observó que la menor presentaba fiebre y un color amarillento en todo el cuerpo, la recién nacida (neonato) no tomaba el seno por lo que la madre la llevo al Centro de Salud más cercano de la misma ciudad y fue derivada al Hospital General Gustavo Domínguez de Santo Domingo en donde le realizaron un examen de biometría.

31 de julio del 2019

Fue derivada al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IEES) de la ciudad de Santo Domingo debido a que era portadora indirecta del seguro familiar por parte del padre de familia, en este lugar la menor fue internada en el área de neonatología de manera inmediata. La paciente fue internada por presentar tinte icterico generalizado

acompañado de alza térmica de 38 ° C, permaneció en cuna radiante bajo fototerapia intensiva con tratamiento Antibiótico (ATB), alimentación con buena succión y tolerancia gástrica. Recibió el resultado de tipificación sanguínea de factor Rh positivo. No presentó signos de focalización neurológica. Peso al ingreso de 3265 g.

01 de agosto del 2019

Neonata permaneció internada, bajo fototerapia y tratamiento antibiótico (ATB), su alimentación continuó con buena succión y tolerancia gástrica, sin alza térmica.

02 de agosto del 2019

La paciente continuó internada, siendo el tercer día de tratamiento con fototerapia simple y una mejoría de la ictericia, presentó buena vitalidad afebril, no había presencia de alteraciones a nivel neurológico, no presentó problemas respiratorios.

03 de agosto del 2019

Paciente según último control de biometría mantiene leucocitosis y continuó con fototerapia simple.

04 de agosto del 2019

Paciente en su séptimo día de vida extrauterina se mantuvo en cuna radiante con buena vitalidad, buen patrón respiratorio, rosado con leve palidez cutánea, su alimentación con seno materno buena succión y tolerancia gástrica, sin signos de focalización neurológica, bajo esquema antimicrobiano.

05 de agosto del 2019

Se plantea incompatibilidad de grupo ABO debido a que la neonata es A positivo y la madre es O positivo. Evolucionó favorablemente, presentó una buena mecánica respiratoria, buena succión del seno materno, orinó y defecó sin dificultad, ante la mejoría clínica decidieron suspender el tratamiento de fototerapia, cumpliendo el sexto día de aplicación, paciente fue dada de alta. Peso al egreso de 2765 g.

04 de febrero del 2020

Paciente de 6 meses de edad en compañía de su madre acudió al Centro de Salud de la ciudad de Latacunga para el primer control médico en dicha institución de salud, en

donde el médico familiar realizó el examen físico y como resultado se obtuvo signos vitales dentro de los parámetros normales y evaluación del desarrollo psicomotor con el test de Denver II con el que se obtuvo como resultado un desarrollo dudoso, por lo que el médico determinó un diagnóstico presuntivo de trastornos mixtos del desarrollo, motivo por el cual fue derivada a otro Centro de Salud de la misma ciudad al área de Estimulación Temprana, motivo de derivación fue por ausencia temporal del profesional.

19 de enero del 2020

Paciente con referencia del Centro de Salud de la ciudad de Latacunga al Hospital Provincial General de Latacunga, presentó retraso en el desarrollo psicomotor según los siguientes signos de alerta obtenidos en la valoración realizada por el médico pediatra, como fueron: ausencia de sostén cefálico, espasticidad, manos cerradas y no agarra objetos por lo que el médico determina un diagnóstico definitivo de retraso generalizado del desarrollo y un diagnóstico presuntivo de parálisis cerebral infantil. Paciente fue enviada para realizar examen de biometría, química sanguínea, perfil tiroideo y control permanente.

29 de octubre del 2020

Paciente de 1 año 3 meses de edad con diagnóstico definitivo de parálisis cerebral infantil, fue derivada del Centro de Salud de la ciudad de Latacunga al área de Neurología del Hospital Provincial General de Latacunga para una valoración especializada e inicio de terapia de rehabilitación en dicha institución de salud y para valoración de carnet de discapacidad.

4 de noviembre del 2020

El informe médico remitido por el Ministerio de Salud Pública (MSP) evidencia el diagnóstico más concreto y definitivo de parálisis cerebral espástica cuadripléjica a causa de una encefalopatía hiperbilirrubinémica, diagnóstico realizado por el médico neurocirujano. Paciente fue remitida para tratamiento de rehabilitación y no prescribió tratamiento farmacológico.

6 de noviembre del 2020

Paciente de 1 año 3 meses de edad fue derivada por el médico familiar del Centro de Salud de la ciudad de Latacunga al área de Pediatría del Hospital Provincial General de Latacunga para potenciales evocados auditivos y visuales.

20 de noviembre del 2020

Paciente con referencia del Centro de Salud de la ciudad de Latacunga al Hospital Público Provincial General de Latacunga, fue enviada a valoración con el otorrinolaringólogo para potenciales evocados auditivos en dicha institución de salud y al oftalmólogo para potenciales evocados visuales en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz de la ciudad de Quito, motivo de derivación ausencia temporal del profesional en el Hospital Provincial General de Latacunga.

18 de diciembre del 2020

A la paciente le realizaron una evaluación de los potenciales evocados visuales en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz de la ciudad de Quito por la médica neurofisióloga clínica, teniendo como resultado una disfunción mielínica en la vía visual izquierda prequiasmática, la paciente tenía 1 año 4 meses de edad

05 de enero del 2021

Madre acudió al Hospital Provincial General de Latacunga con resultados de oftalmología, con respuestas visuales corticales de morfología típica, con diferencia interocular significativo hacía vía visual izquierda.

11 de enero del 2021

El informe médico de la evaluación de los potenciales evocados visuales, remitido por el médico cirujano oftalmólogo, se evidenció el diagnóstico de Amaurosis de un ojo (izquierdo) y visión subnormal del derecho. Inició tratamiento de rehabilitación con ejercicios visuales para mejoría parcial de ojo derecho, no prescribió tratamiento farmacológico.

14 de enero del 2021

A la paciente le aplicaron una electroaudiometría en el Hospital Provincial General de Latacunga, realizado por el terapeuta de lenguaje mismo que transfirió al médico otorrinolaringólogo para que determine el diagnóstico.

22 de enero del 2021

Médico otorrinolaringólogo presentó el informe médico de la electroaudiometría, con el siguiente diagnóstico: hipoacusia neurosensorial profunda bilateral. No prescribió tratamiento farmacológico.

Realizaron rayos X de cadera obteniendo como resultado ángulos acetabulares normales.

27 de enero del 2021

Paciente de 1 año 5 meses de edad acudió a control al Hospital Provincial General de Latacunga y realizaron la entrega de documentos para discapacidad con firma electrónica y entrega de audífonos.

Actualmente la niña usa férulas en los dos miembros inferiores, usa audífonos en ambos oídos y acude al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IEES), Hospital Provincial General de Latacunga y al Centro de Salud de la ciudad de Latacunga para recibir terapia física, terapia de lenguaje y estimulación temprana.

4.1.6. Antecedentes patológicos familiares

- Padres no consanguíneos, progenitor paterno tipo de sangre A positivo, progenitor materno O positivo.
- Madre presente antecedente de asma y antecedente quirúrgico de colecistectomía.
- Padres sin antecedentes patológicos congénitos o genéticos.
- Hermano producto de primera gesta presentó un cuadro de hiperbilirrubinemia por incompatibilidad sanguínea al nacimiento.
- Abuela materna sufre de hipertensión arterial.
- Abuelo materno ninguna
- Abuelo paterno ninguna
- Abuela paterna ninguna

4.2.Descripción de los factores de riesgo

4.2.1. Factores de riesgo biológicos

Amenaza de aborto: Se considera una de las complicaciones más frecuentes en el periodo de gestación manifestando un estado de alerta en el cual se podría dar un aborto espontáneo, definiéndolo como el sangrado que puede originarse dentro del útero, cérvix, vagina o de la parte externa de los genitales, y que ocurre con antelación de las 20 semanas de gesta en un feto con un peso no más de 500 g, algunas mujeres embarazadas pueden presentar contracciones uterinas, otras no, cuando es una amenaza de aborto no hay dilatación cervical y por ende no se da la expulsión del feto, si es tratado a tiempo, es por ello la importancia de acatar una serie de cuidados para bajar la posibilidad de una pérdida del feto. La mujer gestante puede presentar síntomas de hemorragia o dolor durante el primer trimestre en el cual se puede dar los siguientes diagnósticos: embarazo ectópico, intrauterino viable o no viable.

Existe una incidencia media alta a nivel mundial, en el 25 % de los embarazos se produce una amenaza de aborto de los cuales el 50 % de estos por lo general termina en aborto espontáneo. (Ponte & Rosales , 2019)

El reposo absoluto en el caso de presentar este tipo de complicación es fundamental para prevenir los abortos espontáneos, en este caso la madre presentó sangrado vaginal y su embarazo intrauterino fue viable, evitando la expulsión del producto de la concepción.

Diabetes gestacional: Es un tipo de diabetes que se diagnostica por primera vez durante la etapa de gestación y desaparece al final de la etapa de puerperio. Se debe a que en la sangre de la madre la glucosa está elevada. Lo normal debe ser entre los 65-105 mg/dl, para considerar una alteración de la glucosa debe ser entre 110 y 126 mg/dl y para determinar una diabetes gestacional, un mínimo de 126 mg/dl. Las mujeres embarazadas tienen la capacidad de aumentar la producción de insulina para compensar y mantener la normalidad, esto sucede en la mayoría de ellas. Se obtiene un diagnóstico de diabetes gestacional cuando el páncreas no es capaz de elaborar insulina suficiente o la utilización de la misma es ineficaz. Las posibles complicaciones podría ser un parto prematuro, peso al nacer elevado, si el parto es

cefalovaginal y el bebé es macrosómico, distocia de hombros, hipoglicemia. (Alvarado et al. , 2018)

Una adecuada alimentación durante la gestación permitiría prevenir y en caso de que la padezca controlar esta enfermedad, ya que a consecuencia se produjo un parto pre-termino a las 36.3 semanas.

Prematuridad: La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el nacimiento antes de las 37 semanas de gestación, contabilizando desde el primero día de la última menstruación. Existe una clasificación como son: prematuros extremos <28 semanas, muy prematuros entre las semanas 28 a 31 y moderadamente prematuros o prematuros tardíos que ocurre entre las semanas 32 a 36,7. (Arias et al. , 2016) Las determinantes para un parto prematuro es multifactorial algunos son: embarazos múltiples, infecciones, consumo de alcohol o drogas, sufrimiento fetal, preclamsia a causa de la diabetes gestacional. (Vásquez , 2020)

Los controles médicos continuos y el consumo de vitaminas y ácido fólico recomendados por el especialista son importante para la prevención de partos prematuros.

Incompatibilidad del Grupo Sanguíneo ABO: Se define como una enfermedad hemolítica del neonato que su desarrollo tiene origen durante la gestación, en donde el sistema inmunológico de la madre gestante genera una reacción inmune. Esto ocurre en madres con grupo sanguíneo de tipo O y fetos con grupo sanguíneo de tipo A o B, es decir, en el torrente sanguíneo de la madre ingresan los glóbulos rojos del feto a través de la placenta, el sistema inmunológico de la mujer embarazada detecta una sustancia extraña que sería las células sanguíneas del feto, creando anticuerpos en contra de estas células y causando una destrucción de los glóbulos rojos lo cual puede llegar a provocar una anemia. Los grupos sanguíneos se determinan genéticamente, un bebé puede tener el grupo sanguíneo y factor Rh de cualquiera de sus progenitores o a su vez una mezcla de ambos. (Villa, 2019) (Tomalá, 2019)

La producción de anticuerpos en la mujer embarazada hace que destruya las células sanguíneas del feto, teniendo como resultado incompatibilidades del grupo sanguíneo, provocando ictericia en los neonatos y que por lo general si no es tratado a tiempo se llega a tener problemas cerebrales. Es frecuente que este suceso ocurra en la segunda

gesta, debido a que en la primera el cuerpo aún no ha generado anticuerpos que destruyan las células. (Arias , 2020)

En este caso existió una incompatibilidad del grupo sanguíneo ABO materno-fetal, lo que provocó el desarrollo de un cuadro de hiperbilirrubinemia que se manifestó por una ictericia en la neonata, pero no tuvo una intervención inmediata, lo que generó problemas a nivel del cerebro. Es fundamental observar la coloración de los neonatos y ante la presencia de ictericia, es decir, color amarillento, por lo general no común, intervenir de forma rápida y oportuna con la finalidad de prevenir lesiones cerebrales, ya que eso repercute en el desarrollo normal de los niños y niñas que sufren alguna discapacidad debido a esta causa.

Hiperbilirrubinemia: Es una patología en donde existe una elevación de segregación de la bilirrubina sérica por encima de los 5 mg/dl, presenta una falta de equilibrio en la producción y eliminación de bilirrubina, se produce por la degradación del grupo hemo, en donde se encuentran la mayoría de células del organismo. Se caracteriza por una coloración amarilla en la piel (ictericia), se da progresivamente en dirección céfalo-caudal. Su frecuencia en los neonatos es alta y se considera que un 60 % de los bebés que nacen a término y un 80 % de los bebés prematuros tienden a desarrollar un cuadro de hiperbilirrubinemia durante la primera semana de vida extrauterina. (Cruz , 2017)

La detección temprana de ictericia en la niña debe ser clave para tratar a tiempo y prevenir la encefalopatía por hiperbilirrubinemia.

Encefalopatía: Es un daño que afecta el funcionamiento cerebral, al sistema nervioso central que comprende los hemisferios cerebrales, el cerebelo y el tronco encefálico y provoca una alteración en el estado mental de la persona. Existen múltiples encefalopatías, como son metabólica, hepática, hipertensiva, isquémica hipóxica, por hiperbilirrubinemia, etc. (Pillou , 2013)

A causa de la hiperbilirrubinemia se produjo una encefalopatía en la niña, es decir, existió un aumento de bilirrubina en las meninges, afectando la corteza motora y dando como resultado una parálisis cerebral espástica por encefalopatía hiperbilirrubinémica.

4.2.2. Factores de riesgo social

Ubicación demográfica: Es la identificación de un lugar en donde vive un determinado grupo de personas. El domicilio de los padres de la niña cuenta con todos los servicios básicos, se encuentra ubicado en el cantón Latacunga parroquia San Buenaventura cerca de la Fuerza Aérea Ecuatoriana (FAE) un sector urbano, por lo cual les facilita el traslado para los servicios de salud y rehabilitación sin mayor inconveniente.

Condición económica: En esta parte se toma en cuenta el nivel de educación, ocupación y los ingresos, y frente a la situación económica ecuatoriana se evidencia procesos de inestabilidad y más aún por la pandemia del covid-19 que aún está vigente, siendo grave el problema social y económico, impidiendo una atención satisfactoria en los procesos de desarrollo integral de los niños y niñas de nuestro país. Actualmente los padres no tienen un trabajo estable debido a que la madre y el padre estudian y el jefe de hogar perdió su empleo y la madre se dedica al mantenimiento del hogar al cuidado de su niña, desestabilizando de esta manera la economía familiar, a causa de esto se dedican a un emprendimiento gastronómico bajo pedido para solventar los gastos en servicios básicos y la condición de la menor, por lo que no acude a todas las terapias que necesita, solo a las que brindan las instituciones públicas.

4.2.3. Factores de riesgo ambientales

Estabilidad familiar: Es muy importante para afrontar la condición de la niña, con la aceptación y la búsqueda de soluciones ante la misma con amor, paciencia y respeto. Actualmente los padres se mantienen unidos, mismo que es fundamental para el abordaje del tratamiento de rehabilitación de la niña, y acuden a distintos centros de atención públicos.

Contaminación del aire: La presencia de materia que implican cualquier tipo de riesgo para la salud de las personas, teniendo en cuenta que podrían afectar el estilo de vida normal, en la actualidad debido a la pandemia del covid-19 que estamos atravesando se podría ver afectada la salud en alguna exposición con personas contagiadas con este virus y al permanecer en el aire libre sin las medidas recomendadas.

4.3. Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud

4.3.1. Oportunidades de la solicitud de la consulta

Los padres refieren que la atención no fue oportuna a las 24 horas de vida de su hija, ya que cuando la madre notó el color amarillento en los ojos de la menor, que claramente hacía referencia a un cuadro de ictericia debido a que tenía el antecedente de su primera gesta, y lo dijo al médico para que le realicen una valoración de inmediata no le tomo mayor importancia, manifestando que es un cuadro leve y que no requiere ser internada para ser tratada, dando el alta sin ningún seguimiento oportuno para evitar complicaciones graves, la madre retorno al domicilio de un familiar en donde se estaba hospedando hasta pasar el periodo de puerperio ubicado en la ciudad de Santo Domingo acatando lo que le dijo médico, pero al ver que la ictericia avanzaba y al constatar que tiene fiebre, y se encontraba con actividad irritable, sin tomar el seno decide ir al Centro de Salud más cercano de la ciudad de Santo Domingo, lugar que refiere al Hospital General Gustavo Domínguez para que sea internada de forma inmediata, pero no fue así, ya que en lugar de brindar la atención lo más pronto han cuestionado a la madre por no llevarla al momento que presentó el primer signo, en dicha institución no fue internada ya que la madre tiene el seguro social indirecto por parte del padre de familia, por lo que remiten al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IEES) de Santo Domingo, en la misma la madre manifiesta que la atención en ese lugar fue de inmediato, la menor fue internada de emergencia por un cuadro de ictericia y alza térmica, recibiendo como tratamiento en cuna radiante con fototerapia intensiva y tratamiento antibiótico de primera línea.

Dentro de los antecedentes perinatales se describe un A.P.G.A.R. aparentemente normal, mismo que lo registran en la libreta integral de salud de la paciente (carnet de vacunas), en la siguiente institución de salud: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IEES) de la ciudad de Latacunga, y no en el Hospital General Gustavo Domínguez de la ciudad de Santo Domingo en el que nació la niña, la madre de la menor solo tiene el informe médico del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IEES) de la ciudad de Santo Domingo, pero solo registra la intervención para tratar la ictericia.

Para el diagnóstico de Parálisis Cerebral en la ciudad de Latacunga lugar en el que residen, los padres manifiestan que si fue oportuno debido a que el diagnóstico fue de inmediato a los 6 meses de vida, pero el tipo en específico de la afectación tomo un poco más de tiempo, llevaron a su hija al hospital en donde la valoración del desarrollo psicomotor fue normal hasta los 2 meses de vida, la doctora encargada manifestaba que tiene buena vitalidad y actividad, sin notar ningún signo de alerta, pero después de los 3 meses los padres notaron retraso en el desarrollo y acudieron al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IEES) en donde el médico dio un diagnóstico presuntivo de Parálisis Cerebral Infantil (PCI), requiriendo de resonancia magnética mismo que lo tuvieron que realizar en un centro privado de la ciudad de Latacunga, en donde el médico al realizar el examen físico y en base a la resonancia magnética diagnostica Parálisis Cerebral Infantil Espástica, requiriendo de tratamiento de rehabilitación lo más ante posible, las terapias que recibió fue en instituciones públicas debido a que no contaban con medios para llevarla a un centro privado, la niña ha tenido avances pequeños debido a la condición misma que presenta.

4.3.2. Acceso

La salud es considerada un derecho a nivel universal de todos los individuos, por lo cual, el Estado del Ecuador se ve comprometido a prestar este servicio de forma gratuita y permitiendo el libre acceso a la misma con la finalidad de mejorar la calidad de vida de todas las personas, esto Según la Constitución de la República del Ecuador y también la Ley Orgánica de Salud.

En el artículo 3 numeral 1 manifiesta que es deber del Estado garantizar el goce de los derechos en especial la salud, de forma primordial sin discriminación alguna, según la Constitución de la República del Ecuador.

Dentro del artículo 32 del Buen Vivir que se encuentra en la sección séptima enfocada al área de salud, nos dice que el Estado garantiza la salud como un derecho, mismo que se dará por medio de políticas tanto económicas como sociales y por ende el acceso de forma oportuna, sin exclusión alguna a los programas y servicios de atención en salud y de manera permanente. La prestación de los servicios de salud en base a varios principios como son la equidad, universalidad, solidaridad, calidad, eficacia, entre otros. (Dominguez et al. , 2017)

En base a estos artículos y conforme al Manual de Atención Integrada de Salud (MAIS) define que el sector de salud tiene tres ejes de priorización al momento de la intervención:

1. Garantizar la atención integral de salud gratuita y de forma oportuna a todos los individuos en sus diferentes etapas del ciclo de vida, resaltando la calidad, la atención con calidez y equidad en los diferentes servicios que prestan las instituciones de salud, todo esto en base a la atención primaria, prevención y promoción.
2. Fortalecer el control, seguimiento y monitoreo de la enfermedad.
3. Fomentar la creación de entornos saludables en la población, impulsando la intervención intersectorial y el acceso equitativo a los servicios integrales de salud. (Ecuador, 2012)

La paciente fue derivada a varias instituciones de salud para obtener una atención de calidad y calidez, al momento en que presenta los diferentes síntomas tanto en los primeros días de vida como en los primeros meses de vida.

4.3.3. Caracterización de la atención

En primera instancia acude al Centro de Salud de la ciudad de Santo Domingo debido a que la madre decidió pasar la etapa perinatal, postnatal y puerperio donde su progenitora con el fin de tener alguien que le cuide durante dichas etapas, lugar en donde le refieren al Hospital General Gustavo Domínguez de la misma ciudad, pero como la madre tenía acceso al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IEES) de forma indirecta gracias a que el padre de familia era afiliado por su trabajo, sin embargo, en el Hospital General Gustavo Domínguez no tuvo la atención de inmediata y lastimosamente la menor tuvo que ser internada a los 3 días de vida, cuando debía ser internada a las 24 horas cuando presentó el primer signo de ictericia, lo que provocó una encefalopatía por hiperbilirrubinemia causando parálisis cerebral infantil, para el diagnóstico de parálisis tuvieron que acudir a varias instituciones públicas de la ciudad de Latacunga, no podían definir un diagnóstico puro, es decir, que tipo de parálisis presentaba, al 1 año 3 meses tiene el diagnóstico definitivo de parálisis cerebral espástica cuadripléjica, las terapias de rehabilitación fueron aplicadas desde los 7

meses de edad pese a no tener definido un diagnóstico, con la finalidad de ayudar en el desarrollo psicomotor de la paciente.

4.3.4. Oportunidades en la remisión

La paciente fue trasladada a varias instituciones de salud como Centros de Salud y Hospitales de la ciudad de Santo Domingo con la necesidad de que sea internada y tratada de emergencia por el cuadro de ictericia y el alza térmica, los padres manifiestan que la atención no fue óptima, debido a que no la internaban como la emergencia que era, finalmente en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IEES) de la ciudad de Santo Domingo recibió la atención que requería como era fototerapia y tratamiento antibiótico (ATB).

Al no ser tratado a tiempo esto provocó una encefalopatía por el cuadro de hiperbilirrubinemia y esto a causa de una incompatibilidad del grupo sanguíneo, teniendo como resultado una parálisis cerebral infantil, los distintos exámenes realizados permitieron un diagnóstico preciso llegando al diagnóstico de parálisis cerebral espástica cuadripléjica, la madre por ser ama de casa le permitió acudir a las distintas instituciones sin el riesgo de perder algún empleo, el padre por su parte debía pedir permiso en su trabajo, lastimosamente a causa de la pandemia por la que se atraviesa perdió su empleo.

4.3.5. Trámites administrativos

Los trámites administrativos al momento del ingreso al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IEES) en la ciudad de Santo Domingo fueron oportunos, lo que permitió la realización de los diferentes exámenes que se requirió cuando presentaba el cuadro de ictericia y se adquiriera los medicamentos necesarios para el tratamiento y la recuperación, y de igual manera los exámenes para el diagnóstico de la parálisis cerebral tanto en el Hospital Provincial General de Latacunga como en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IEES) de la ciudad de Latacunga para remitir un diagnóstico definitivo y el tratamiento de rehabilitación rápido y oportuno.

4.4. Identificación de los puntos críticos

- 4.4.1. Amaurosis de ojo izquierdo:** Al 1 año 4 meses la niña es diagnosticada con ceguera del ojo izquierdo por una disfunción mielínica en la vía visual izquierda prequiasmática y una visión subnormal del ojo derecho, esto gracias al examen potenciales evocados visuales, en el informe médico solo recomienda tratamiento de rehabilitación, ya que no se puede realizar alguna cirugía, y mucho menos un tratamiento farmacológico.
- 4.4.2. Hipoacusia neurosensorial bilateral:** Al 1 año 5 meses le diagnostican este déficit sensorial, por medio de una electroaudiometría, este tipo de hipoacusia se da por un problema en cóclea del oído, y que en algunas ocasiones este daño ocurre en el nervio auditivo, por lo que la menor debe usar audífonos en los dos oídos, sin tratamiento farmacológico alguno, mucho menos cirugía.
- 4.4.3. Problemas ortopédicos:** Pese a que la PC no es progresiva existe la presencia de trastornos ortopédicos provocando un deterioro y el desarrollo de secuelas tanto físicas como a nivel funcional entre ellas están las contracturas músculo esqueléticas, fracturas, escoliosis y alteraciones en la postura.
- 4.4.4. Retraso en el desarrollo psicomotor:** A partir de los 3 meses de edad cuando los padres notaron anormalidad en su desarrollo, esta área se ha visto afectada en su totalidad, por lo que tiene un retraso bastante notorio en cuanto al desarrollo motor grueso, motor fino, lenguaje, cognición y afectivo-social.
- 4.4.5. Condición económica:** Debido a que los gastos llegan a sobrepasar los ingresos de la familia, la niña no puede recibir todas las terapias que los padres quisieran darle a su hija, complicando de una manera el desarrollo de la menor, tanto el padre como la madre se muestra preocupada ante esta situación, por lo que acude a los espacios públicos donde brindan la atención gratuita, pero manifiesta que no es suficiente, ya que muchas de las veces se requiere terapias que los centros públicos no lo tienen, de igual manera la compra de férulas, los audífonos y demás implementos.

4.5. Caracterización de las oportunidades de mejora

Tabla No. 1 Caracterización de las oportunidades de mejora

PUNTOS CRÍTICOS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
Amaurosis de ojo izquierdo	Mantener el campo visual del ojo derecho, y a su vez estimular y fortalecer los otros sentidos para el reconocimiento del medio que le rodea.	Emplear técnicas, métodos en conjunto con actividades para que mantenga el campo visual de su ojo derecho a través de ejercicios con luz y sombra, el uso de texturas para una conciencia del cuerpo con el entorno.
Hipoacusia neurosensorial bilateral	Proporcionar de manera accesible los audífonos, debido a que en este tipo de hipoacusia no se puede solucionar con medicación ni con cirugía.	Aplicar métodos o técnicas que permitan una estimulación auditiva, debido a que la niña usa los audífonos y debe tener un proceso de adaptación a los mismo, primero se inicia con sonidos leves y posterior a unos más fuertes utilizando instrumentos musicales.
Problemas Ortopédicos	Disminuir el riesgo de desarrollar problemas ortopédicos en cuanto a malas posturas por la condición que tiene la menor.	Explicar a los padres de familia mediante una charla la importancia de que la niña mantenga una buena postura al momento de acostarse o estar en posición sedente, con el fin de evitar el desarrollo de secuelas a nivel físico, ya que se puede ver afectado con contracturas y dolor.
Retraso en el desarrollo psicomotor	Estimular las áreas del desarrollo para que la niña	Informar a los padres las posibles señales de alerta en caso de un retraso en el

	pueda tener una mejora en el estilo de vida.	desarrollo global de los infantes, y a su vez los profesionales encargados de la parte de rehabilitación utilizar métodos y técnicas por medio de actividades innovadoras que llamen la atención a la niña como es la integración sensorial que se trabaja cada sentido en especial el propioceptivo y vestibular que son internos y son importantes para la mejora del tono muscular y la postura, en conjunto con las áreas del desarrollo.
Condición económica	Reducir el riesgo de que la menor por motivos de inestabilidad económica de los progenitores no pueda ser atendida y asistir a las terapias que la niña necesita para tener una mejoría en su calidad de vida.	Primar en las instituciones de salud la atención oportuna a individuos de bajos recursos económicos, debido a la necesidad de atención que tiene la paciente o que la atención en instituciones privadas sea accesible para los progenitores.

Elaborado por: Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo (2021)

Fuente: Base de datos de la investigación

5. PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Las enfermedades neurológicas son todos los trastornos que afectan al Sistema Nervioso Central o al Periférico, esto a causas intrínsecas o extrínsecas del individuo, provocando un funcionamiento inadecuado de las estructuras que componen el Sistema Nervioso como son: el cerebro, el encéfalo, cerebelo, tronco encefálico, médula espinal o los nervios. Dentro de estos trastornos tenemos la parálisis cerebral espástica cuadripléjica que afecta la corteza motora, esta afectación le impide un

desarrollo psicomotor normal, debido a la hipertonía que presenta en las cuatro extremidades y la hipotonía en la parte del cuello y tronco, acompañado con déficits a nivel sensorial como son ceguera e hipoacusia, también problemas en la alimentación, dificultades en el aprendizaje, el lenguaje e incluso de la conducta. Si no se aplica tratamientos alternativos enfocados en rehabilitación a futuro puede presentar secuelas en cuanto a lo postural, es decir deformidades físicas y contracturas.

Para estimular el desarrollo psicomotriz debido a que las 4 áreas de desarrollo que son: motriz grueso, motriz fino, afectivo-social y lenguaje se encuentran afectadas se debe tomar en cuenta los métodos, estrategias y técnicas que permitan el desarrollo y la mejora de la parte psicomotora, con la aplicación de ejercicios que potencialice las habilidades motrices gruesas, finas, lenguaje, socialización y cognición.

En los primeros años de vida se puede evidenciar que existe mayor plasticidad cerebral que es la capacidad de generar nuevos circuitos neuronales a través del proceso de sinapsis, Todo esto gracias al almacenamiento de información por medio de experiencias, aprendizajes significativos que se dan ante un estímulo constante (Rivasplata , 2020) en el caso de niños que presenten alguna patología se considera importante implementar actividades innovadoras, mismas que deben llamar la atención del paciente y le ayude de forma integradora en su desarrollo.

Se debe tener en cuenta que para la aplicación de un plan de tratamiento en estimulación temprana debe ser acorde a las necesidades del niño/a y enfocado en todas las áreas del desarrollo, además la persona a cargo debe tener conocimiento del método que va a aplicar ya que al ser una parálisis cerebral espástica cuadripléjica se espera poder desarrollar habilidades que estén a su alcance y disminuir las posibles secuelas tano físicas como funcionales a futuro, es por ello que la terapia de integración sensorial innova la manera de estimular el desarrollo psicomotriz, permitiendo llegar a la paciente de una forma integral por medio de sus sentidos y el trabajo global de las áreas del desarrollo.

La intervención de este plan de tratamiento se debe iniciar de forma oportuna aprovechando la temprana edad de la paciente, que facilite la adquisición de habilidades por más mínimas que sean.

5.1. Teoría de la Integración sensorial

En 1963, la Dra. Jean Ayres, una terapeuta ocupacional, fue la primera en usar el término de “Integración Sensorial” con la finalidad de explicar el vínculo de los déficits sensoriales, esto en cuanto a su forma de interpretar las sensaciones de uno mismo y las que se generan en el ambiente, además de poder entender por qué las personas tenían problemas en el aprendizaje, incluyendo también los problemas conductuales. Este término lo describe de la siguiente manera: Es el proceso neurológico que tiene como responsabilidad organizar la sensación del propio cuerpo y del medio que le rodea al individuo para dar una respuesta esperada según las demandas del entorno, es decir, hacer posible el uso del cuerpo de forma eficiente en el medio con el que interactúa la persona. (Serrano, 2019)

Este proceso a nivel neurológico que se encarga de organizar las sensaciones, se da por medio de la percepción y esto gracias a los siete receptores sensoriales que son los interoceptivos, que quiere decir que se encuentran en la parte interna del cuerpo, entre ellos tenemos dos que son el propioceptivo y vestibular, o también por medio de los exteroceptivos que son externos al cuerpo, entre ellos tenemos a cinco que son la vista, el olfato, el gusto, la audición y el tacto, para poder vivir en el mundo y a la vez tenga sentido, ya que, la información que se recibe es procesada de forma correcta a través de los sentidos, lo cual permite el desenvolvimiento adecuado en las diferentes actividades del día a día, por lo tanto se entiende que es un proceso inconsciente del cerebro y permite dar respuestas adaptativas.

Este proceso tiene su inicio en la etapa fetal cuando siente todo lo que la madre realiza, es decir, se manifiesta evolutivamente, durante la primera infancia es crucial y de elevada importancia, debido a que el niño/a conoce y da su interpretación a su manera del mundo que está a su alrededor. Este proceso es muy significativo, tanto así que si la información enviada al cerebro no se transmite de forma adecuada el sujeto no dará respuestas que sean acorde a la demanda del entorno. (Mera & Roca , 2017-2018)

5.2. Proceso de la integración sensorial

Registro sensorial: Percepción de los estímulos mismos que pueden ser exteroceptivos o interoceptivos.

Modulación y orientación: En esta etapa se encarga de la atención selectiva al estímulo, es decir, que identifica el origen del estímulo y a su vez el nivel de intensidad, por lo que la persona se encuentra en un estado de alerta.

Discriminación e interpretación: En esta etapa se distingue las cualidades del estímulo y se le da una atribución de significado, se asocia con las emociones (amenaza, desafío o placer).

Organización de la respuesta: Se determina si la respuesta será a nivel motor, cognitivo y afectivo o asociadas; se decide qué y cómo hacerlo. Existe una integración de la información recibida para provocar una respuesta.

Ejecución de una respuesta: Es la etapa final que da como resultado una respuesta adaptativa. En 1979 la Dra. Ayres describió como “la acción adecuada ejecutada por el sujeto según la exigencia del entorno”. (Serrano, 2019)

Este proceso se considera una habilidad que permite la formación y el desarrollo óptimo de un sistema postural y la conciencia corporal del sujeto, que es la base de apoyo para todo aprendizaje a través de actividades motoras gruesas y finas con estímulos sensoriales proporcionados de forma intencional, desde las más sencillas a las más complejas. (Gallegos E. , 2019)

5.3.Receptores sensoriales

Por lo general sabemos que tenemos cinco sentidos que son los más nombrados, pero es importante describir que existen dos sentidos más que no es común que los mencionen, estos se caracterizan por ser internos, y su función es que permiten la supervivencia ya que nos manifiestan cuando mantener estados de alerta, ante distintas situaciones, es fundamental recalcar que todos los receptores sensoriales están interrelacionados.

Interoceptivos: Sistema vestibular y propioceptivo.

Sistema vestibular

Tiene receptores en el oído interno y responde a la fuerza de la gravedad y se encarga de la posición del cuerpo en relación a la Tierra, esta información ayuda a mantener el equilibrio, control de las posturas y el tono. Este sistema se encuentra en dos estados:

el estático que se da cuando una persona mantiene una postura erecta como tal sin ningún desplazamiento y el estado dinámico que hace referencia a posturas cambiantes, en este caso trata sobre las posturas que se adoptan en un movimiento o desplazamiento del cuerpo como por ejemplo estar en posición bípeda y la marcha.

Sistema propioceptivo

Los receptores están situados en los músculos, articulaciones y ligamentos y se refiere a la conciencia del propio cuerpo, es decir, se sabe el posicionamiento del cuerpo, qué partes se encuentran inmobilizados y los que están en movimiento, esto de forma general. Se clasifica en tres funciones: Esquema corporal que se caracteriza por la conciencia corporal, es decir, que tiene la capacidad de reconocer su cuerpo y el de los demás en base a una creación de imágenes. Planificación motriz, se puede describir como la capacidad de saber el tipo de movimiento que una persona debe ejecutar para la realización de una actividad. Graduación de la fuerza muscular, que hace referencia a la habilidad de controlar la fuerza según la actividad, ya que existen actividades en donde necesitará usar su fuerza máxima y actividades que necesiten de una fuerza mínima.

Exteroceptivos: Sistema táctil, gustativo, auditivo, olfativo y visual.

Sistema táctil

Está localizado en la piel, este sistema controla la reacción de nuestro cuerpo con el entorno y la regulación de las respuestas. El objetivo es la manipulación de diferentes texturas que se encuentren en el medio y la interpretación de dichos estímulos. Es muy importante describir que este sistema está ligado a los sistemas vestibular y propioceptivo para el desarrollo de la noción de los niños y niñas sobre su propio cuerpo.

Sistema gustativo

Se encuentra situado en la boca específicamente en la lengua y es el encargado de la sensación del sabor. Hay cuatro tipos básicos que son: dulce y salado que se registra en la punta de la lengua, amargo que se detecta en la base de la lengua y ácido que su registro se da en los bordes de la lengua. En este sistema se activa tres sistemas como: el olfativo, el táctil ya que se puede sentir la textura y temperatura y el propioceptivo

esto debido a sentir la consistencia. La finalidad que se tiene es controlar el babeo y el movimiento de los músculos fáciles.

Sistema auditivo

Los receptores son el oído interno el cual capta las ondas sonoras y está íntimamente relacionado con el sistema vestibular, visual y propioceptivo. La información que se obtiene por este sistema se integra en el tronco cerebral y viaja a áreas de los hemisferios cerebrales.

Sistema olfativo

Permite la capacidad de oler. Se percibe por la nariz y se absorbe en el revestimiento poroso de las cuencas nasales, esta información hace un recorrido hasta el sistema límbico que es el centro de las emociones. Es considerado el sistema más sensible, debido a la exposición constante al entorno. Es fundamental saber que este sentido está íntimamente ligado al sentido del gusto.

Sistema visual

Es considerado uno de los sistemas más complejos, los receptores son los ojos en donde se encuentran células que tienen la responsabilidad de transmitir el estímulo que son los conos y bastones considerados fotorreceptores y se encargan de captar la información de las ondas de luz, y esto se da gracias a la retina viajando por el tronco cerebral. En el córtex visual es en donde se realiza un proceso de descodificación de la información. (Serrano, 2019)

5.4.Método de Integración Sensorial

Actualmente los profesionales en el área de salud, específicamente los profesionales que trabajan en el ámbito de la rehabilitación aplican este tipo de método en las terapias con personas que tienen discapacidades para tratar las dificultades en el procesamiento sensorial, mismo que pretende mejorar la interacción del individuo consigo mismo y el medio que le rodea. En esta terapia se expone a varios estímulos sensoriales de forma estructurada y repetitiva, basándose en que el cerebro se adapta y permite procesar la información de forma eficiente o esperada.

Esta terapia fue creada por la terapeuta ocupacional, psicopedagoga y defensora de las personas con alguna discapacidad Jean Ayres, esta terapia se basa en proveer y tener el control de la entrada sensorial, que permita a los individuos emitir respuestas adaptativas al entorno que le rodea y al mismo cuerpo. (Lozano & Ayala , 2018)

Muchos niños y niñas que fueron diagnosticados con algún tipo de parálisis cerebral presentan problemas en cuanto al recibir y procesar las aferencias sensoriales (estímulos provenientes del exterior), lo que provoca:

- Hiperresponsividad-hipersensibilidad o hiporesponsividad-hiposensibilidad al tacto (problemas en el sistema sensorial táctil).
- Inseguridad gravitatoria (problemas en el sistema sensorial vestibular).
- Dificultades en la planificación motora (problemas en el sistema sensorial propioceptivo).

Existe cuatro principios terapéuticos dentro de la terapia de integración sensorial:

- Primer principio consiste en regular las aferencias sensoriales.
- Segundo principio consiste en que el desarrollo debe ser considerado en un proceso en espiral.
- Tercer principio enfocado a definir la eficacia de la terapia basándose en las respuestas del niño/a.
- Cuarto principio y el que se considera más importante es que el niño/a participe activamente en cada intervención acorde a sus capacidades, permitiendo la obtención de respuestas apropiadas cuando logra el dominio sobre su estabilidad y movimiento con el entorno. (Escobar , 2013)

La finalidad de las experiencias sensoriales en la terapia de integración sensorial es elevar el nivel de alerta, permitiendo que el individuo emita ya sea conductas o respuestas adaptadas, existen tres tipos de experiencias, estas son:

Experiencias excitatorias: En el sentido del tacto al trabajar con distintos tipos de texturas, en el sentido interoceptivo vestibular al trabajar en movimiento y cambios de dirección, vestibular rotatorio.

Experiencias inhibitorias: Al trabajar con presión profunda y la resistencia en conjunto con el tacto firme.

Experiencias en la organización propioceptiva: Es el trabajo con actividades en las posturas anti-gravitatorias y de igual manera la resistencia. (Rosero , 2014)

5.5. Estimulación temprana

Inicialmente este término aparece en 1959 en el documento de la Declaración de los Derechos del Niño, orientado a una forma de atención especializada a niños y niñas que nacen en condiciones de riesgo biológico y social alto, dirigido a aquellos que provienen de familias con un nivel socioeconómico bajo, es decir, que este servicio era netamente para niños y niñas con discapacidad. (Palomo , 2017)

Para la delimitación del concepto de Estimulación Temprana, se parte de la definición de Atención Temprana, que podemos obtenerla en el libro Blanco de la Atención Temprana mismo que fue publicado en el año 2000, en donde lo define como:

El conjunto de intervenciones de rehabilitación alternativas dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, la familia y su entorno, el cual tiene por objetivo dar respuesta a las necesidades y características que presentaban los niños/as con problemas, dificultades, disfunciones o trastornos en su desarrollo y además a los niños/as que tengan el riesgo de padecerlos. (Carbó et al. , 2012)

Según Hernán Montenegro (Álvarez, 2000) se considera a la estimulación temprana como el conjunto de técnicas que permiten potenciar el desarrollo del infante desde su nacimiento mediante un ambiente rico en estímulos y experiencias, teniendo como propósito primordial aprovechar la plasticidad cerebral, es decir, la capacidad moldeable del cerebro del infante para la facilidad de adaptación al entorno. (Garza, 2014)

5.6. Áreas de Estimulación Temprana

Motricidad gruesa: Hace referencia a la capacidad de controlar los movimientos gruesos del cuerpo, en la que se ven involucrados extremidades superiores e inferiores, tronco y cabeza mediante una sincronización que requiere de coordinación, y esto en conjunto a la maduración del sistema nervioso lo cual permite que el niño/a desarrolle autosuficiencia. (Díaz & Sisley, 2019)

Motricidad fina: Se refiere a los movimientos pequeños del cuerpo en el que se ve involucrado el desarrollo de la pinza digital, los movimientos de la mano y muñeca de

la mano con la coordinación óculo manual o viso-motriz, esta capacidad se adquiere posterior a la dominancia de los grandes movimientos corporales. (Cándales, 2012)

Cognición: Consiste en todas las actividades en donde se ven involucradas las estructuras cognitivas y permite el desarrollo de las capacidades mentales como el captar, procesar e interpretar la información que proviene del exterior, del medio que le rodea a la persona, esto no es un proceso espontáneo, sino que requiere de estimulación a través de experiencias para la adquisición de conocimientos, esta capacidad se desarrolla antes que el lenguaje (Frías et al. , 2017)

Audición y Lenguaje: Luria define al lenguaje como un medio primordial para la transmisión de información que permite relatar lo que existe en el medio que rodea al individuo, para su uso y función como tal, el lenguaje hace una reorganización de lo que percibe el cerebro dando un significado y coordinando la conducta observada. Su inicio es sencillo denominado pre-lenguaje como es el llanto, sonidos guturales, vocalización hasta llegar a lo más complejo que sería la comprensión completa. (Marín et al. , 2019)

Personal social o socialización: Es el conjunto de elementos que constituyen a las actitudes y la capacidad de la construcción de su identidad como es el autoconocimiento o autoconcepto que cada persona desarrolla, y esto acompañado del autocontrol en las emociones y en las relaciones con los demás, como son las relaciones interpersonales, con la búsqueda de formar un mayor grado de autosuficiencia e independencia y tener como resultado una conducta social conforme a las normas sociales. (Martínez , 2020)

5.7. Intervención de Estimulación Temprana con el método de Integración Sensorial

Dentro de la Estimulación Temprana como tal no se encuentra registros de este método por completo, y al ser algo innovador se toma en cuenta el impacto que podría causar a aplicar en niños y niñas de 0 a 6 años de edad con algún problema o patología a nivel neurológico o de igual manera la aplicación en niños neurotípicos.

La terapia de Integración Sensorial es una propuesta para el trabajo con los infantes con el fin de mejorar sus funciones, y todo esto mediante la estimulación vestibular y propioceptiva en específico, en donde se busca la mejoría en el tono muscular y a nivel

postural, de igual forma se procede a una estimulación táctil para que la niña se adapte a varias texturas, debido a que la niña presenta ceguera de un ojo es importante estimular la visión del otro en conjunto con una estimulación vestibular para mejorar la fijación y el seguimiento visual, para que la terapia sea más llamativa se usa canciones infantiles, títeres, sombras, linterna, olores, movimientos, pictogramas, el proceso de esta terapia incluye varias técnicas que deben ser aplicadas de forma correcta, primero contar en el espacio adecuado al momento de la aplicación y los materiales para realizar cada actividad, es importante que los padres observen como se realiza cada actividad para que lo pueden replicar en la casa y mediante la repetición se forme un aprendizaje significativo en la menor, las planificaciones fueron creadas acorde a la edad de desarrollo, mas no a la edad cronológica debido a que la niña debe desarrollar las habilidades que aún no tiene implantadas.

5.8. Test de evaluación del desarrollo psicomotor y afectivo “Haizea-Llevant”

Este test permite evaluar el desarrollo psicomotor, facilita la detección precoz de algún problema o dificultad en el desarrollo de niños y niñas de 0 a 5 años de edad y la intervención temprana oportuna, esta tabla es similar a la prueba de Tamizaje del Desarrollo de Denver II (DDST-II) que de igual manera permite identificar problemas en el desarrollo psicomotriz, estas escalas son de gran relevancia, y por ende son usadas en distintas provincias de España.

Este test evalúa cuatro áreas que son: socialización o también conocida como el área afectiva-social o personal social, lenguaje y lógica matemática, manipulación o también denominada el área de motricidad fina y el desarrollo postural o lo que conocemos como motricidad gruesa.

El diseño de la tabla determina los hitos de desarrollo, es decir, las destrezas y habilidades que un porcentaje de infantes cumple en un cierto rango de edad, contiene cuantificadores que se dividen en tres secciones: rosa claro que está al inicio de la barra e indica que el 50% de los infantes en ese rango de edad cumplen con el hito de desarrollo, el rosa medio muestra que el 75% cumple con el hito y el final de la barra señala que a ese rango de edad el 95% de los niñas/as ejecutan la acción que describe la tabla.

Consta de un total de 97 componentes o ítems, y se divide de acuerdo a las cuatro áreas diseñadas en la tabla: 26 ítems en socialización, 31 en el área de lenguaje y lógica matemática, 19 en manipulación y finalmente 21 ítems para el área postural. Además, cuenta con 13 signos de alarma que indica valoraciones constantes y más específicas para la determinación de un diagnóstico acertado. (Andujar, 2017)

Para la interpretación del resultado se traza una línea vertical sobre la edad del niño o niña en meses, el orden correcto para realizar la evaluación es de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo. En casos de prematuridad se debe ajustar la edad cronológica a la edad corregida en infantes menores de 18 meses de edad.

El resultado que se obtiene es cualitativo, si el infante cumple con el hito evaluado se coloca un visto que determina la aprobación del mismo y una equis cuando no cumple y falla, se considera un resultado anormal cuando tiene 2 o más fallos en más de 1 área, y en resultado dudoso si tiene 1 fallo en más de 1 área. (Martínez , 2020)

5.9.Resultados de la evaluación del desarrollo psicomotor y afectivo “Haizea-Llevant”

La niña tiene una edad cronológica de 1 año 9 meses y una edad corregida de 1 año 8 meses, pero según el test de evaluación del desarrollo psicomotor y afectivo Haizea-Llevant tiene 6 meses en edad de desarrollo, es decir que la niña presenta un desarrollo Anormal.

Se realiza la suma de los hitos que aprueba o no aprueba. De los 7 hitos que debe cumplir un infante de 6 meses según el test la niña cumple solo uno.

Tabla No. 2 Pre -Test de evaluación psicomotriz Haizea-Llevant

ÁREAS DE DESARROLLO	HITOS DE DESARROLLO	RESULTADO: APRUEBA/NO APRUEBA
Socialización	Busca objeto caído	No aprueba
	Come galleta	No aprueba
Lenguaje y lógica matemática	Balucea	Aprueba
	Dirige la mano al objeto	No aprueba
	Cambia objetos de mano	No aprueba

Manipulación	Se quita el pañuelo de la cara	No aprueba
Postural	Flexión cefálica	No aprueba

Elaborado por: Miniguano Barrionuevo Gabriela Stephany, (2021)

Fuente: Base de datos de la investigación

Interpretación: Basado en la edad de desarrollo el resultado obtenido es el siguiente: la niña no aprueba todos los ítems correspondientes a la edad de seis meses, en el área de socialización no aprueba dos ítems en lo que es buscar un objeto y comer galleta, en el área de manipulación no aprueba tres ítems en lo que es dirigir la mano hacia un objeto, no se obtuvo respuesta con ninguna de las dos manos por ende no logra pasar un objeto de una mano a otra, tampoco se quita el pañuelo de la cara debido a que no dirige sus manos hacia la línea media, y en el área de postural no aprueba un ítem que es la flexión cefálica, debido a que aún no existe un enderezamiento cefálico total, se deduce que su desarrollo es anormal debido a que existe más de un fallo en 3 áreas de las 4 que evalúa el test.

Tabla No. 3 Señales de alerta del pre - test de evaluación psicomotriz Haizea-Llevant

ÁREAS DE DESARROLLO	ÍTEMS	RESULTADO: ALERTA/AUSENCIA
Socialización	Irritabilidad permanente	Alerta
	Sobresalto exagerado	Alerta
	Pasividad expresiva	Ausencia
	Persistencia de la reacción de moro	Alerta
Lenguaje y lógica matemática	Ninguna	Ninguna
Manipulación	Aducción	Alerta
	Asimetría de manos	Ausencia
Postural	Hipertonía de aducción	Alerta

Elaborado por: Miniguano Barrionuevo Gabriela Stephany, (2021)

Fuente: Base de datos de la investigación

Interpretación: La niña presenta varios signos de alerta en 3 áreas del desarrollo por lo que se incita a un seguimiento y monitoreo de la niña, ya que ser una patología neuromotora se espera que la niña evite el desarrollo de anomalías en postura.

A continuación, se detalla los resultados obtenidos después de la aplicación del tratamiento alternativo de Integración Sensorial.

Tabla No. 4 Post -Test de evaluación psicomotriz Haizea-Llevant

ÁREAS DE DESARROLLO	HITOS DE DESARROLLO	RESULTADO: APRUEBA/NO APRUEBA
Socialización	Busca objeto caído	Aprueba
	Come galleta	Aprueba
Lenguaje y lógica matemática	Balucea	Aprueba
Manipulación	Dirige la mano al objeto	No aprueba
	Cambia objetos de mano	No aprueba
	Se quita el pañuelo de la cara	Aprueba
Postural	Flexión cefálica	No aprueba

Elaborado por: Miniguano Barrionuevo Gabriela Stephany, (2021)

Fuente: Base de datos de la investigación

Interpretación: Después de la aplicación del tratamiento se ha obtenido los siguientes resultados: en el área de socialización la niña busca un objeto caído, debido a que dirige su mirada hacia el lugar que cae el objeto, de igual manera el ítem de comer galleta, lo realiza pero con dificultad y lo hace solo cuando se encuentra en posición prona, en el área de manipulación no aprueba dos ítems, como es el de dirigir la mano como tal hacia el objeto, y cambiar el objeto de una mano a otra, pero tuvo una disminución de la espasticidad, la niña logra mantener su dedo pulgar fuera del puño, y aprueba el quitarse el pañuelo de la cara, la niña lo hace inclinando su cabeza hacia adelante, debido a que le motiva el juego de las escondidas.

Tabla No. 5 Señales de alerta del post - test de evaluación psicomotriz Haizea-Llevant

ÁREAS DE DESARROLLO	ÍTEMS	RESULTADO: ALERTA/AUSENCIA
Socialización	Irritabilidad permanente	Ausencia
	Sobresalto exagerado	Alerta
	Pasividad expresiva	Ausencia
	Persistencia de la reacción de moro	Alerta
Lenguaje y lógica matemática	Ninguna	Ninguna
Manipulación	Aducción	Ausencia
	Asimetría de manos	Ausencia
Postural	Hipertonía de aducción	Alerta

Elaborado por: Miniguano Barrionuevo Gabriela Stephany, (2021)

Fuente: Base de datos de la investigación

Interpretación: Después de la aplicación del tratamiento se obtuvo los siguientes resultados: la niña ya no presenta irritabilidad permanente como antes de la aplicación del tratamiento y de igual manera existe una disminución de la aducción en el área de manipulación.

5.10. Plan de tratamiento

Diagnóstico: Parálisis Cerebral Espástica Cuadripléjica

La propuesta de trabajo de estimulación temprana utiliza a la integración sensorial como herramienta para estimular el desarrollo psicomotriz de la paciente, una intervención que es detallada en base a las necesidades de la niña y a la evaluación del desarrollo, está enfocada a lograr una disminución del tono muscular y a la adquisición de una postura adecuada para evitar deformidades físicas como escoliosis, además se busca que la niña se integre a las actividades para reducir la irritabilidad en las sesiones y permitir que desarrolle habilidades motrices básicas como es la toma de objetos llevando sus extremidades hacia la línea media del cuerpo, fijación y seguimiento tanto visual como auditivo. Las actividades incluyen siempre palabras de afecto y ánimo motivando a que cumpla con el objetivo de cada actividad, de igual manera canciones.

Los materiales que se usan son fáciles de conseguir ya que se requiere que los padres refuercen en su hogar para obtener resultados satisfactorios.

Esta propuesta está dirigida a los profesionales que trabajen en rehabilitación con el paciente de forma lúdica y dinámica, a la vez considerado sencillo de aplicar, presenta un lenguaje entendible y comprensible. Se espera que la niña tenga avances en su desarrollo que le ayuden en su vida diaria. Los objetivos de la propuesta son los siguientes:

- Estimular todas las áreas de desarrollo de la paciente con Parálisis Cerebral Espástica Cuadripléjica mediante la terapia de integración sensorial.
- Controlar la postura de la niña.
- Fortalecer el vínculo socio-afectivo con los padres de la paciente.
- Orientar a los padres sobre la forma de trabajar con la niña en casa.

Indicaciones generales:

Antes de iniciar cada sesión de estimulación temprana, primero se debe realizar la respectiva desinfección:

- La madre y la paciente deben dejar su calzado en un estante ubicado en la parte exterior del centro de estimulación.
- Obligatorio el uso de mascarilla en niños mayores de 2 años.
- Purificación del ambiente con ozono.
- Lavado de manos y uso de gel o alcohol.

La estimuladora temprana debe usar doble mascarilla y no debe sacársela.

La sesión de estimulación temprana tiene una duración de 30 a 45 minutos

Se realiza 2 veces por semana.

En cada sesión se trabaja un sistema sensorial.

Los materiales son proporcionados por el Centro de Estimulación Multisensorial y Temprana CEMS JL y la estimuladora temprana.

Planificación No. 1 Sentido táctil

Actividad	Estimulación táctil	
Objetivo	Otorgar experiencias táctiles con texturas para la conciencia del contacto.	
Desarrollo		Tiempo
Actividad inicial:	Entonar la canción de saludo “Buenos días, linda mañana”	2 minutos
Motor grueso	Colocar a la niña en posición supina sobre la pelota de bobath, el estimulador debe sujetar la parte posterior de la cabeza de la niña usando los dedos pulgar, índice y medio, e ir soltando de a poco para fortalecer el control cefálico, existen 5 fases para esto: nuca, cuello, hombros, codos y manos.	10 minutos
Motor fino adaptativo	La niña y el estimulador deben estar sentados frente a un espejo, en este colocar crema, el estimulador guía los miembros superiores hacia la línea media de la menor para que disperse la crema del espejo haciendo movimientos de abrir y cerrar manos.	10 minutos
Lenguaje	Realizar masajes en el rostro de la niña mientras se entona la canción “en mi cara tengo”, la niña debe estar en posición supina sobre una colchoneta.	10 minutos
Personal social	Mientras se entona la canción “mi carita redondita” se le toca la parte del cuerpo que se mencione con diferentes texturas en tarjetas y se le explica para que sirve esa parte del cuerpo.	10 minutos
Recursos	Pelota de bobath, espejo, crema, texturas y recurso humano.	

Elaborado por: Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo (2021)

Fuente: Sentido táctil, Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo

Planificación No. 2 Sentido táctil

Actividad	Estimulación táctil	
Objetivo	Otorgar experiencias táctiles con texturas para la conciencia del contacto.	
Desarrollo		Tiempo
Actividad inicial:	Entonar la canción de saludo “Hola, ¿Cómo estás?”	2 minutos

Motor grueso	Realizar ejercicios de flexión y extensión de miembros superiores e inferiores sobre la pelota de bobath en posición prona, mientras se entona la canción “estrellita dónde estás” luego pasar texturas por la planta del pie esperando que la niña realice un movimiento activo.	10 minutos
Motor fino adaptativo	Ubicar a la niña en posición sedente frente a la estimuladora, ella primero debe extender el brazo de la menor sujetando con una mano la articulación del codo y con la otra, la mano de manera que el dedo pulgar este fuera de la palma, se extiende la muñeca y abrir de a poco las manos de la menor, cuando se abra la mano frotar diferentes objetos con texturas en la palma.	10 minutos
Lenguaje	La niña deberá introducir sus manos en un recipiente que contendrá arroz cocido y entre esto animales de plástico, la motivamos a sacar cada uno mientras se dice el nombre y el sonido onomatopéyico característico, se entona la canción “el viejo McDonald tenía una granja”	10 minutos
Personal social	Mientras se canta “debajo de un botón” se deja caer juguetes, esperando que la niña lo intente buscar. Se puede hacer bombas de jabón para llamar su atención.	10 minutos
Recursos	Pelota de bobath, texturas, recipiente, arroz, animales de plástico, burbujero y recurso humano.	

Elaborado por: Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo (2021)

Fuente: Sentido táctil, Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo

Planificación No. 3 Sentido propioceptivo

Actividad	Estimulación propioceptiva	
Objetivo	Estimular la sensibilidad corporal ejerciendo presión sobre su cuerpo con el fin de obtener una respuesta más intensa y le permita relacionarse con el entorno.	
Desarrollo		Tiempo
Actividad inicial:	Entonar la canción “A saludarnos”	2 minutos
Motor grueso	La estimuladora se ubica al borde de un arenero mientras mantiene en posición sedente a la menor sobre sus piernas, se procede a rociar arena en los miembros inferiores de la niña, mismos que deben	10 minutos

	estar descubiertos para que la sensación sea más intensa.	
Motor fino adaptativo	Realizar topes en los miembros superiores e inferiores con diferentes texturas incluyendo brocha, cepillo de dientes y peinilla, y luego dárselo para que lo manipule y realice el movimiento de abrir y cerrar las manos, para ello se golpea ligeramente el dorso de la mano, específicamente en el lado del dedo meñique.	10 minutos
Lenguaje	La estimuladora ubica a la niña en sus piernas, ella procede emitir sonidos vocálicos y consonánticos, mientras ubica las manos de la niña en la garganta y pecho para que escuche y a la vez sienta la vibración de cada uno.	10 minutos
Personal social	La niña en posición prona frente a un espejo que contendrá fotografías de sus padres, debe tratar de alcanzarlas y sacar una, y la estimuladora le dirá quién es, mencionando varias veces ya sea “mamá” o “papá”	10 minutos
Recursos	Arenero, objetos con texturas, aceite esencial, cuento (libro), fotografías de los padres, cinta adhesiva y recurso humano.	

Elaborado por: Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo (2021)

Fuente: Sentido propioceptivo, Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo

Planificación No. 4 Sentido propioceptivo

Actividad	Estimulación propioceptiva	
Objetivo	Estimular la sensibilidad corporal ejerciendo presión sobre su cuerpo con el fin de obtener una respuesta más intensa y le permita relacionarse con el entorno.	
Desarrollo		Tiempo
Actividad inicial:	Entonar la canción de saludo “Hola te saludo yo”	2 minutos
Motor grueso	La niña y el estimulador en posición sedente se ubican frente a un espejo, el estimulador deja caer granos de fréjol sobre los miembros inferiores descubiertos de la menor esperando que trate de hacer movimientos de flexión y extensión, mientras se entona la canción “si las gotas de lluvia” previo a esto se realiza masajes con aceite para calentar el músculo.	10 minutos
Motor fino adaptativo	Pintar los pies y manos con aceite y colorante de cocina, luego se procede a ejercer presión sobre su	10 minutos

	cuerpo para que pueda colocar las huellas sobre un papelote que tendrá una figura para llamar la atención de la menor.	
Lenguaje	Presentar imágenes de las partes del cuerpo, en cada presentación se nombra la parte y se hace un golpe o roce de acuerdo al número de sílabas sobre la parte del cuerpo que se menciona. Se puede cantar el tema “las partes de mi cuerpo”	10 minutos
Personal social	En 2 recipientes se coloca distinto tipo de grano cocido, y piezas de rompecabezas, en este caso las fotografías de los padres dividido en dos partes, la niña debe introducir sus manos y sacar la pieza, el estimulador le ayuda a pegar la pieza en el espejo hasta formar la imagen completa, luego se procede a nombrar “mamá” o “papá”.	10 minutos
Recursos	Arenero, aceite esencial, colorante de cocina, papelote, imágenes de las partes del cuerpo, 2 recipientes, granos como: arroz, maíz, etc. Rompecabezas de 2 piezas de ñas fotografías de los padres, espejo, cinta adhesiva, recurso humano.	

Elaborado por: Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo (2021)

Fuente: Sentido propioceptivo, Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo

Planificación No. 5 Sentido vestibular

Actividad	Estimulación vestibular	
Objetivo	Proveer ejercicios para el control cefálico y mejora de la postura.	
Desarrollo		Tiempo
Actividad inicial:	Entonar la canción “A saludarnos”	2 minutos
Motor grueso	La niña en posición decúbito prono sobre la pelota de bobath realiza movimientos hacia adelante y atrás, 8 repeticiones en cada movimiento con una duración de 3 segundos, una vez impulsada hacia adelante se le llama la atención con un juguete para realizar seguimiento visual, el estimulador debe guiar sujetando el mentón de la niña.	10 minutos
Motor fino adaptativo	La niña en posición prona sobre un rodillo se le impulsa hacia adelante y debe introducir sus manos en un recipiente con granos de arroz realizando movimientos de flexión-extensión, abducción-aducción, abrir y cerrar las manos.	10 minutos
Lenguaje	A la niña se le va a presentar 3 imágenes de animales domésticos con diferentes texturas,	10 minutos

	primero nombrar como se llama el animal, luego el sonido onomatopéyico y finalmente debe sentir la textura.	
Personal social	La niña debe estar en posición sedente frente a un espejo, el estimulador le coloca un pañuelo sobre el rostro, le debe preguntar ¿Dónde está...? La respuesta será buscar la manera de retirar el pañuelo del rostro y reaccionar a su imagen frente al espejo. Realizar 3 veces.	10 minutos
Recursos	Pelota de bobath, juguete, imágenes de animales con texturas, recipiente, granos de arroz, rodillo, espejo, pañuelo y recurso humano.	

Elaborado por: Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo (2021)

Fuente: Sentido vestibular, Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo

Planificación No. 6 Sentido vestibular

Actividad	Estimulación vestibular	
Objetivo	Proveer ejercicios para el control cefálico y mejora de la postura.	
Desarrollo		Tiempo
Actividad inicial:	Entonar la canción “Bienvenido seas esta mañana”	2 minutos
Motor grueso	La niña en posición sedente sobre la pelota de bobath realiza movimientos hacia adelante, atrás, derecha, izquierda y circulares, 6 repeticiones en cada movimiento, al finalizar esto se realizará todos los movimientos una sola vez de forma seguida, mientras se entona la canción “súbete al tren de la alegría”. El estimulador brinda su apoyo sosteniendo las caderas de la niña.	10 minutos
Motor fino adaptativo	La niña en posición prona sobre un columpio se le balancea de adelante-atrás con el apoyo de la estimuladora temprana, la madre se ubica en frente de este, la niña al momento de ser impulsada hacia adelante debe intentar alcanzar el objeto que la madre tendrá en sus manos mientras se entona la canción “vamos volando en un avión”	10 minutos
Lenguaje	Realizar praxias bucofaciales, de entre ellas tocar labios, mejillas, paladar duro usando la lengua con la ayuda de un baja lenguas.	10 minutos
Personal social	La niña en posición sedente sobre un rodillo; el estimulador debe sujetar de las caderas de la niña por la parte de atrás e impulsarla hacia adelante, la	10 minutos

	madre en frente de la niña le coloca pegatinas en diferentes partes del cuerpo cada vez que sea impulsada hacia adelante y decirle el nombre de la parte del cuerpo.	
Recursos	Pelota de bobath, rodillo, recipiente, tallarines cocidos, colorante de cocina, baja lenguas, pegatinas y recurso humano.	

Elaborado por: Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo (2021)

Fuente: Sentido vestibular, Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo

Planificación No. 7 Sentido de la vista

Actividad	Estimulación visual	
Objetivo	Proporcionar estímulos visuales para el contacto, fijación y seguimiento visual.	
Desarrollo		Tiempo
Actividad inicial:	Entonar la canción de saludo “Buenos días, linda mañana”	2 minutos
Motor grueso	La niña y la estimuladora se ubican en posición sedente en una superficie plana, la estimuladora ubicada en la parte de atrás de la menor, ella gira el cuerpo de la menor de un lado a otro, sujetando la articulación de la cadera con el brazo izquierdo, y con la mano derecha sujeta la articulación del codo de la menor para realizar el giro hacia la derecha y viceversa, realizar 10 repeticiones en cada lado. Mientras se ejecuta cada giro se le presenta imágenes de animales domésticos para que conjunto con el giro se practique el seguimiento visual.	10 minutos
Motor fino adaptativo	La niña en posición decúbito prono sobre un rodillo se trabaja el apoyarse en sus manos, para ello se estira los brazos hacía adelante, se flexiona la muñeca mientras suavemente abre sus manos, luego situar la palma de la mano en la superficie que contendrá tarjetas de colores fuertes para llamar su atención.	10 minutos
Lenguaje	La madre y la niña se ubican en posición sedente frente a una pared en donde se proyecta el cuento de los 3 cerditos usando sombras, la niña debe intentar seguir las sombras y el diálogo del cuento.	10 minutos
Personal social	Realizar el juego cucú-tras, que consiste en ocultar la cara del estimulador con sus mismas manos y	10 minutos

	luego retirarlas mostrando a la niña una expresión facial por cada emoción.	
Recursos	Tarjetas de animales domésticos, rodillo, tarjetas de colores, sombras del cuento “3 cerditos”, linterna, cuarto oscuro, recurso humano.	

Elaborado por: Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo (2021)

Fuente: Sentido de la vista, Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo

Planificación No. 8 Sentido de la vista

Actividad	Estimulación visual	
Objetivo	Proporcionar estímulos visuales para el contacto, fijación y seguimiento visual.	
Desarrollo		Tiempo
Actividad inicial:	Entonar la canción “Bienvenido seas esta mañana”	2 minutos
Motor grueso	Ubicar a la niña en posición decúbito supino sobre un rodillo, impulsar hacia adelante con el fin de que la niña se quede en posición sedente, una vez que tome dicha posición le presentamos la sombra de los animales domésticos y la sombra se moverá de izquierda-derecha, arriba-abajo para el seguimiento visual.	10 minutos
Motor fino adaptativo	Con la guía de la estimuladora, la niña debe colocar pelotas pequeñas en 3 cestas diferentes según el color de la pelota, se trabaja condicionamiento auditivo y discriminación de colores.	10 minutos
Lenguaje	Se refleja la sombra de las vocales en un cuarto oscuro, mientras cantamos “ronda de las vocales” intentando que la niña imite el sonido de cada una.	10 minutos
Personal social	La niña en posición decúbito supino en una superficie plana se le presenta fotografías de los padres y de sí misma, primero debe fijar su mirada y luego realizar seguimiento visual mientras le decimos quien es.	10 minutos
Recursos	Títeres de animales domésticos, rodillo, linterna, pelotas pequeñas, 3 cestas, tubo de cartón con las vocales, fotografías de la familia, recurso humano.	

Elaborado por: Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo (2021)

Fuente: Sentido de la vista, Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo

Planificación No. 9 Sentido del olfato y del gusto

Actividad	Estimulación olfativa y gustativa	
Objetivo	Proporcionar estímulos para la discriminación olfativa y gustativa.	
Desarrollo		Tiempo
Actividad inicial:	entonar una canción de saludo	2 minutos
Motor grueso	En una superficie plana ubicar a la niña en posición de cubito supino, luego acercar una futa con olor intenso, una vez que perciba se le realiza un movimiento para que la niña quede en posición sedente, la transición debe ser hombro-codo-mano y viceversa para volver a su posición inicial.	10 minutos
Motor fino adaptativo	Ubicar a la niña en posición prona sobre un rodillo o pelota de bobath, los brazos deben estar extendidos y untar en los dedos de la niña distintos sabores para que intente llevárselo a la boca promoviendo el llevar a la línea media.	10 minutos
Lenguaje	Trozar la fruta en pedazos pequeños, luego ofrecer a la niña para que intente tomarlos por sí sola, en caso de que requiera ayuda la estimuladora le guía, posterior procede a degustar para discriminar el sabor de cada fruta, mientras se le dice el nombre para que haga relación.	10 minutos
Personal social	Hacerle probar alimentos que permitan el contraste de sabores como son dulce, salado, amargo y ácido, observar a expresión facial de la niña cada vez que pruebe e ir nombrando que sabor es, y de igual manera que muestre su preferencia o rechazo.	10 minutos
Recursos	Frutas, alimentos que contraste los siguientes sabores: dulce, salado, amargo, ácido, rodillo o pelota de bobath, recurso humano	

Elaborado por: Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo (2021)

Fuente: Sentido del olfato y del gusto, Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo

Planificación No. 10 Sentido del oído

Actividad	Estimulación auditiva	
Objetivo	Producir los sonidos tocando cada instrumento musical que permita el seguimiento de la fuente sonora y la discriminación auditiva.	
Desarrollo		Tiempo

Actividad inicial:	entonar una canción de saludo realizada en sesiones anteriores.	2 minutos
Motor grueso	Rodar a la niña, para ello primero se debe relajar, se eleva la pelvis de la superficie de modo que la espalda quede redondeada, y rodarle de un lado a otro; posterior la niña debe estar en posición decúbito lateral, la estimuladora sujeta el miembro inferior que no toca la superficie y el brazo que toca la superficie para el entrenamiento a rodar, mientras se realiza este movimiento se procede hacer un sonido de la naturaleza para llamar su atención y que busque la fuente sonora.	10 minutos
Motor fino adaptativo	La estimuladora guía los movimientos de la niña para que ejecute el movimiento respectivo para producir el sonido de un instrumento musical, se le ofrece el tambor y debe abrir las manos, el macillo a una distancia moderada para que extienda sus brazos y lo tome, luego toque el xilófono, etc.	10 minutos
Lenguaje	Relatar un cuento en donde la niña sea la protagonista, en la narración se debe ejecutar sonidos de los instrumentos musicales.	10 minutos
Personal social	Cantar en tonos altos y bajos la canción “Caracolito” para la discriminación de tonos de voz.	10 minutos
Recursos	Instrumentos musicales	

Elaborado por: Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo (2021)

Fuente: Sentido del oído, Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo

6. CONCLUSIONES:

- Mediante una entrevista se indagó sobre los signos de parálisis cerebral espástica que posee la paciente como: rigidez en las cuatro extremidades (hipertonía), manos cerradas todo el tiempo, con hiperreflexia en miembros superiores, pero hiperextensión en miembros inferiores, en el cuello y espalda tono muscular bajo (hipotonía) acompañado de problemas ortopédicos como luxación de cadera, déficits sensoriales como hipoacusia profunda bilateral y ceguera de ojo izquierdo, además, los posibles factores de riesgo que pueden provocar dicha patología que son tanto prenatales, perinatales y postnatales, en este caso fue la incompatibilidad ABO y a causa de esto la presencia de un cuadro de hiperbilirrubinemia provocando una encefalopatía.
- De acuerdo al test de evaluación psicomotriz y afectivo Haizea-Llevant aplicado en la niña, se obtiene como resultado déficit en las habilidades y destrezas de las cuatro áreas de desarrollo, debido a que solo aprueba un ítem de los siete evaluados, teniendo en cuenta que la niña presenta una edad de desarrollo de seis meses, y no se evaluó conforme a su edad cronológica tomando de igual manera como referencia la patología que presenta, las áreas evaluadas son: Socialización , lenguaje y lógica matemática, manipulación y postural, son valoradas con diferentes actividades en la que se observa si cumple o no con lo requerido colocando un visto en caso de aprobación y una equis si falla, el resultado es cuantitativo, obteniendo como resultado final un déficit en el desarrollo psicomotriz.
- Se aplicó un plan de tratamiento tomando en cuenta el resultado del test de evaluación psicomotriz y afectivo Haizea-Llevant y conforme a la patología que presenta la paciente con la intervención de 10 planificaciones mismas que contienen actividades lúdicas y materiales fáciles de conseguir que estimulen las cuatro áreas de desarrollo afectadas mediante la integración sensorial en donde cada planificación consistía en el trabajo se cada sentido para una estimulación de forma integradora, este tratamiento constó de 2

terapias por semana en la que cada una tenía una duración de 30 a 45 minutos con la finalidad de potenciar las habilidades que posee y evitar posibles secuelas en el desarrollo psicomotor de la menor, posterior a la intervención se hizo un re test para saber si se obtuvo avances, teniendo como resultado una mejoría en las 4 áreas por ejemplo en el área de manipulación la menor lograba abrir sus manos o tomar objetos.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado , S., Cruz , V., & Herrera , J. (2018). Diabetes gestacional . *UNCUYO Universidad Nacional de Cuyo* , 2-5.
- Andujar, O. (23 de septiembre de 2017). *Tabla de desarrollo Haizea-Llevant (0-5) años 4 aspectos Lenguaje y lógica matemática, socialización, manipulación, postural* . Obtenido de Orientación Andujar : <https://www.orientacionandujar.es/2017/09/23/tabla-desarrollo-haizea-llevant-0-5-anos-4-aspectos-lenguaje-logica-matematica-socializacion-manipulacion-postural/>
- Arias , A. (2020). La Parálisis Cerebral Infantil. Un trastorno con muchas incógnitas. *Universidad de Sevilla* , 13-14.
- Arias , M., Claros , D., Mendoza , L., Mendoza , L., & Peñaranda , C. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Scielo*.
- Cabezas , A. (2017). Parálisis Cerebral Infantil y su influencia en la calidad de vida del paciente. *Universidad Técnica de Ambato*, 1.
- Cándales Castillo , R. (2012). La capacitación psicopedagógica para desarrollar la motricidad fina en los niños de 3 a 6 años del Centro de Educación Nacional Bolivariano "El Llano". *Dialnet*, 12(39), 64-65.
- Carbó , N. V., De Iscar, M., Hernández , P., & Prieto, J. (2012). Estimulación Temprana y Psicomotricidad. En *Estimulación temprana de 0 a 2 años* (pág. 12). Sevilla: Wanceulen.
- CONADIS. (6 de Abril de 2021). *Estadística de Discapacidad* . Obtenido de Ministerio de salud pública : <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
- Cruz , S. (2017). Hiperbilirrubinemia y factores asociados en recién nacidos en el hospital III es salud de Juliaca. *Universidad Nacional del Altiplano*, 13, 22-23.
- Díaz , J., & Sisley, T. (2019). Motricidad gruesa . *Universidad Científica del Perú* , 1-2.
- Dominguez, E., Flores , C., & Pacherras , S. (2 de mayo de 2017). Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural. *Revista Científica Dominio de las ciencias*, 3(2), 924-925.
- Ecuador, M. d. (2012). Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud . *Dirección Nacional de Articulación del Sistema Nacional de Salud y Red de Salud Pública y Complementaria* , 28-29.

- Escobar , A. (2013). La importancia de Integración Sensorial en niños con parálisis cerebral en terapia ocupacional y recreativa . *Universidad de San Carlos de Guatemala* , 10-11.
- Escobar García, A. D. (2017). Implementación de la terapia de Integración Sensorial en la Intitución DIA. *Universidad de San Carlos de Guatemala*, 44-45.
- Figueroa , M., Rojas , C., & Barja , S. (2017). Morbimortalidad asociada al estado nutricional y vía de aimentación en niños con parálisis cerebral. *Revista Chilena de Pediatría*, 479.
- Frías , M., Haro , Y., & Artiles , I. (2017). Las habilidades cognitivas en el profesional de la información desde la perspectiva de proyectos y asociaciones internacionales. *Scielo*, 31(71), 205-206.
- Gallegos , E. (2019). Efecto de la terapia de integración sensorial en niños de educación especial con persistencia de reflejos primitivos . *Universidad Autónoma de Aguascalientes* , 30-35.
- Gallegos , M., & Guagalango , G. (2020). La integración sensorial como herramienta para el desarrollo integral en niños y niñas con discapacidad. *Ecos de la Academia*, 70-71.
- Gamarra , J., & Medina , D. (2020). Paciente pediátrico con Parálisis Cerebral Infantil y desnutrición grave basado en el modelo de Marjory Gordon . *Universidad Técnica de Machala* , 20-21.
- García Utrilla , I., Gómez de Castro , S., Iglesias Ullate , L., Jiménez Martínez , A., & López Marijuán , N. (2017-2018). Programa de Estimulación Temprana: Parálisis Cerebral . *Universidad de Burgos* , 5-6.
- García, Á. (2016). Niños y niñas con Parálisis Cerebral. Descripción, acción educativa e inserción social. En *Aspectos generales: Estudio descriptivo de la Parálisis Cerebral* (pág. 14). Madrid: NARCEA S.A.
- Garza Mata , J. P. (2014). El impacto de la estimulación temprana en la primera infancia: Estudio comparativo entre ambiente escolarizado y ambiente hogar . *Universidad de Monterrey* , 25-26.
- Gómez , V., Guerrero , A., Hernández , M., Jaimes , V., & Palencia, C. (2013). Parálisis Cerebral Infantil. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 32.
- Hernández , Y., López , H., Martínez , B., Rosales , M., & Torre , G. (2019). Estrategia terapeútica de calidad en Odontopediatría: parálisis cerebral. *Acta Padiátrica de México*, 34.
- Hernández , Y., López , H., Martínez , B., Rosales , M., & Torre, G. (2019). Estrategia terapeútica de calidad en Odontopediatría: parálisis cerebral . *Acta Padiátrica de México*, 59.

- Kleinsteuber , K., Avaria, M., & Varela , X. (2014). Parálisis Cerebral . *Revista Pediatría Electrónica* , 59.
- Landa , L., Lasprilla , J., Paredes , A., Sánchez , I., & Zaballa , G. (2017). Trastornos del neurodesarrollo y neuropsicología. En J. Arango , D. Rivera , & L. Landa , *Neuropsicología Infantil* (págs. 19-21). Colombia: El Manual Moderno.
- Lozano , D., & Ayala , L. (2018). Integración sensorial en neurorehabilitación con pacientes de trauma craneoencefálico (TCE) en UCI pediátrica. *fisioGlía* , 38.
- Madrigal Muñoz , A. (2007). Familia ante la parálisis cerebral . *DOSSIER* , 58 .
- Mandal, A. (26 de Febrero de 2019). *Incidencia de la parálisis cerebral* . Obtenido de News Medical Life Sciences : [https://www.news-medical.net/health/Cerebral-Palsy-Prevalence-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Cerebral-Palsy-Prevalence-(Spanish).aspx)
- Marín , M., Reyes , J., & Castañeda , N. (2019). Dislexia y bilinguismo: estudios de caso en población infantil. *ProQuest*, 15(2), 188-189.
- Martí. (2015). Parálisis cerebral infantil. Definición, diagnóstico y tratamiento . *Neuropediatría. Hospital Universitarios Donostia. San Sebastián* , 19.
- Martínez , A. (2020). Intervención de estimulación temprana en un paciente con lipofuscinosis ceroidea neuronal tipo II, en el centro de salud tipo B Santa Rosa. *Universidad Técnica de Ambato*, 29.
- Martínez , C., & Costa , M. (2018). Terapia ocupacional en Parálisis Cerebral Infantil: una mirada desde la Psicomotricidad . *Universidad Complutense de Madrid* , 307.
- Mera , A., & Roca , D. (2017-2018). Integración sensorial en niños con problemas de aprendizaje . *Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí* , 5-6.
- Molina , J. (2020). Aplicación del conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud: versión infancia y adolescencia (CIF-IA) para niños con parálisis cerebral infantil de 3 a 10 años en el Centro Especializado. *Universidad Central del Ecuador* , 14-15.
- Palomo Pilapanta , M. P. (2017). Sala de Estimulación Multisensorial y su efecto en el desarrollo psicomotor en niños con parálisis cerebral infantil. *Universidad Técnica de Ambato* , 10 .
- Pernías , D. (2017). Modelo de Intervención Psicomotriz para la rehabilitación de la marcha en pacientes con Parálisis Cerebral Infantil Hemiparética. *Instituto Guttmann*, 18-19.
- Pillou , J. (6 de Diciembre de 2013). *Encefalopatía-Definición* . Obtenido de CCM Salud : <https://salud.ccm.net/faq/8066-encefalopatia-definicion>
- Ponte , M., & Rosales , Y. (2019). Amenaza de aborto y resultados neonatales, Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz-2018 . *Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo* , 7-8.

- Rivasplata , N. (2020). Plasticidad cerebral en infantes de cinco años . *Universidad Nacional de Tumbes* , 14.
- Rosero , A. (2014). Influencia de las actividades de Integración Sensorial en el desarrollo psicomotor en niños con Parálisis Cerebral de 2 a 6 años que asisten al Instituto de Educación Especial del Carchi . *Universidad Central del Ecuador* , 16.
- Serrano , P. (2019). La Integración Sensorial en el desarrollo y aprendizaje infantil. En *La integración sensorial. Cuando todo se junta en el cerebro* (pág. 32). Madrid: NARCEA S.A. Obtenido de <https://elibro.net/es/ereader/uta/113159>
- Serrano , P. (2019). La integración sensorial en el desarrollo y aprendizaje infantil . En *Los sistemas sensoriales* (págs. 16-27). Madrid : NARCEA S.A.
- Tomalá, G. (2019). Paciente neonato con ictericia por incompatibilidad feto materno por el grupo sanguíneo ABO. *Universidad Técnica de Babahoyo* , 1-2.
- Torres , N. (2017). Diferencias y Efectos de la Edad y el Género en el Desempeño de una Escala de Desarrollo y Tareas Sociocognitivas en niños de 0 a 36 meses . *Universidad de la Sabana* , 6-7.
- Vásquez , R. (2020). Severidad de complicaciones del recién nacido de madre con diabetes gestacional según trimestre de gestación . *Universidad Privada Antenor Orrego* , 10, 12.
- Vásquez , C., & Vidal, C. (2014). Parálisis cerebral infantil: definición y clasificación a través de la historia. *Revista Mexicana de Ortopedia Pediátrica*, 8.
- Villa, J. (2019). Prevalencia de incompatibilidad sanguínea materno-fetal en Essalud Huancayo en el año 2016. *Universidad Peruana los Andes*, 19.

8. ANEXOS

Anexo 1 Carta de compromiso

CARTA DE COMPROMISO

Latacunga 18 de junio del 2021

Dra. Sandra Villacís
Presidenta de la Unidad de Titulación
Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera de Estimulación Temprana

Gina Marisol Tovar Cagua en calidad de Madre y representante legal, me permito poner en su conocimiento la aceptación y respaldo para el desarrollo del Trabajo de Titulación bajo el tema **"TERAPIA DE INTEGRACIÓN SENSORIAL COMO HERRAMIENTA PARA EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE UNA PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA CUADRIPLÉJICA DE 1 AÑO 9 MESES"** propuesta por la estudiante **Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo**, portadora de la cédula de ciudadanía **1805023460**, estudiante de la carrera de Estimulación Temprana, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato.

Como representante me comprometo a apoyar en el desarrollo del proyecto

Particular que comunico a usted para los fines pertinentes.

Atentamente.



Gina Marisol Tovar Cagua

C.I. 172479796-2

Anexo 2 Consentimiento informado para realizar la evaluación

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, **Gina Marisol Tovar Cagua** con C.I. 172479796-2, previo a la explicación de la investigación y a la resolución de mis inquietudes sobre el Análisis de Caso con el tema: **"TERAPIA DE INTEGRACIÓN SENSORIAL COMO HERRAMIENTA PARA EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE UNA PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA CUADRIPLÉJICA DE 1 AÑO 9 MESES"**. Realizado por la señorita egresada de la carrera de Estimulación Temprana: **Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo**, con cédula de identidad N° 180502346-0, estudiante de la Universidad Técnica de Ambato, doy mi consentimiento y autorización para que se realice la evaluación a mi hija, conociendo que la información resultante servirá para proponer un programa de Estimulación Temprana y la posterior presentación del análisis de caso clínico. Conociendo que la información será utilizada solo para fines de investigación, se manejará la información de manera confidencial.



Egresada. Gabriela Stephany Miniguano
Barrionuevo
C.I. 180502346-0



Sra. Gina Marisol Tovar Cagua
C.I. 172479796-2

Anexo 3 Consentimiento informado de divulgación de la información

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, **Gina Marisol Tovar Cagua** con C.I. 172479796-2, previo a la explicación de la investigación y a la resolución de mis inquietudes sobre el Análisis de Caso con el tema: **"TERAPIA DE INTEGRACIÓN SENSORIAL COMO HERRAMIENTA PARA EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE UNA PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA CUADRIPLÉJICA DE 1 AÑO 9 MESES"**. Realizado por la señorita egresada de la carrera de Estimulación Temprana: **Gabriela Stephany Miniguano Barrionuevo**, con cédula de identidad N° 180502346-0, estudiante de la Universidad Técnica de Ambato, doy mi consentimiento y autorización para que se presente el caso de mi hija, sin embargo los nombres, fotos u otro documento en donde se revele la identidad del mismo deberá ser borrado, en el caso de las historias clínicas y exámenes se pide borrar el nombre, conociendo que la información resultante servirá para proponer un programa de Estimulación Temprana y la posterior presentación del análisis de caso clínico. Siendo la información utilizada solo para fines de investigación, se la manejará de manera confidencial.

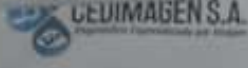


Egresada. Gabriela Stephany Miniguano
Barrionuevo
C.I. 180502346-0



Sra. Gina Marisol Tovar Cagua
C.I. 172479796-2

Anexo 4 Informe primera ecografía

 CEDIMAGEN S.A.
Ingeniería Farmacéutica por Imagen

Nombre Paciente: _____

Reporte

US - Tv
Fecha de estudio: 5/1/19

Estudio realizado por: - Cedimagen

Descripción:
Útero anteverso, contornos regulares, endometrio con reacción decidual homogénea, en su interior se observa saco gestacional de morfología e implantación adecuada.
Embrión único, vivo, LCN de 11.7 mm, con actividad cardíaca positiva y frecuencia cardíaca al momento del examen de 158 latidos por minuto.
Saco vitelino normal.
Cérvix normal.
No hay señales de líquido libre en fondo de saco de Douglas.

ID:
Por medidas ecográficas corresponde a embarazo de 7 semanas 2 días.
FEP/US: 08/22/2019 (+/- 2 semanas).

Atentamente,
DR. ROMMEL BORJA VASCOÑEZ DR. VICTOR SIERRA
ESPECIALISTA EN IMAGENOLÓGIA MÉDICO GENERAL

Dirección: Vía Chone y Antonio Ante, Edif. Torre Médica San Andrés - Telef. (02) 2744680 ext. 133
E-mail: cedimagenstodgo@gmail.com
Para descargar su estudio digital ingrese a nuestra página www.cedimagenstodgo.com con el usuario: 010519-024426PM y contraseña: 30/5/93
Santo Domingo - Ecuador

22.4
2.2
35.6

28.5
7.2
35.7

29
3.2
36.2
estimar

Anexo 5 Plan de transporte de mujeres embarazadas con riesgo obstétrico

PLAN DE TRANSPORTE DE MUJERES EMBARAZADAS CON RIESGO OBSTÉTRICO.

NOMBRE COMPLETO: Tovar Cagua Gina Marisol

EDAD:	ESTADO CIVIL:	INSTRUCCIÓN:	
23	E S UL OTRO	NINGUNO	PRIMA SECU UNIVER
DIRECCIÓN			
DIAGNOSTICO			
RIESGO OBSTETRICO			

PLAN DE MOVILIZACIÓN

NOMBRE	PARENTESCO	TELÉFONO
	Esposa	09
	Cuñada	09
	Prima	09


SIGNOS DE ALARMA

- * Sangrado vaginal
- * Dolor o ardor al orinar
- * Fiebre
- * Hinchazón de manos o pies
- * Rotura de agua de fuente
- * Contracciones uterinas
- * Trastornos visuales
- * Cefaleas persistentes
- * Disminución de movimientos fetales

NÚMEROS DE EMERGENCIA 911
HOSPITAL LATACUNGA 2800331 EXT. 131

[Firma manuscrita]

Anexo 6 Historia Clínica


INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
 HOSPITAL GUSTAVO DOMINGUEZ DE LOS TACHILAS

EPICRISIS (05/08/2019)

FECHA DE NACIMIENTO: 2019/07/28 **HORA:** 01:24
FECHA DE INGRESO: 31/07/2019 **Hora:** 22:58 **EDAD:** 4 DIAS
FECHA DE EGRESO: 05/08/2019 **Hora:** 15:00 **EDAD:** 8 DIAS
PESO AL INGRESO: 3265 GR. **PESO ACTUAL:** 2765 GR.

*******NOTA DE INGRESO*******

****NOTA DE RECEPCION DESDE EMERGENCIA****

RECIBIMIENTO

****DATOS DE LA MADRE:**

NOMBRE: TOBAR CAGUA GINA, **TELEFONO:** _____ **CEDULA:** 1724797962. **EDAD:** 26 AÑOS.
PROCEDENCIA: SANTO DOMINGO, **DOMICILIO:** _____ **OP. ASISTENCIA MUNICIPAL:** 1473 SANTO DOMINGO.
INSTRUCCION: SECUNDARIA, **ESTADO CIVIL:** CASADA, **OCCUPACION:** AMA DE CASA.
GRUPO Y FACTOR: O RH POSITIVO, **TIPO DE SANGRE:** NO TIENE.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: ASMA.
ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: MADRE HTA.
ANTECEDENTES QUIRURGICOS: COLECISTECTOMIA.
ALERGIAS: NO REFIERE. **TRANSFUSIONES:** NO REFIERE.
AGO: G 2, P:2, A:0 C:0 **HDOS VIVOS:** 2

****ANTECEDENTES PRENATALES:**

FUM: 18/11/2018.
CONTROLES PRENATALES: 6 (SCS ASISTENCIA MUNICIPAL: 3/ SCS DE LATACUNGA: 3).
ECOGRAFIAS: 5 REPORTADO COMO NORMAL.
ANTI TETANICA: 2 DOSIS - 1 DOSIS DE INFLUENZA.
INFECCION DE VIAS URINARIAS/VAGINOSIS: DURANTE EL PRIMER Y TERCER TRIMESTRE CON TRATAMIENTO Y REMISION DE SINTOMAS.
HOSPITALIZACIONES: NO REFIERE.
COMPLICACIONES: NO REFIERE.
TIEMPO DE RUPTURA DE MEMBRANAS: 5 HORAS.

****ANTECEDENTES NATALES****

LUGAR DE NACIMIENTO: HOSPITAL GUSTAVO DOMINGUEZ
REALIZA PARTO: FISIOLÓGICO.
FECHA DE NACIMIENTO: 18/07/2019 **HORA:** 01:24.
**RECEN NACIDO UNICO, VIVO, PRODUCTO DE PARTO FISIOLÓGICO, SEXO FEMENINO, QUE NACE EN HOSPITAL GUSTAVO DOMINGUEZ CON APGAR 8/9, A LAS 38 SEMANAS POR FUM Y CAPURRO, EL TIEMPO DE RUPTURA FUE DE 5 HORAS, LE REALIZARON PINZAMIENTO OPORTUNO DEL CORDON SE COLOCA, SE ADMINISTRA FITOMENADIONA 1 MG IM EN MUSLO IZQUIERDO, SE ADMINISTRA VACUNA ANTI HEPATITIS O,5 ML EN MUSLO DERECHO Y BCG.
PESO AL NACER: 3265 GRAMOS, **TALLA:** 47,5CM, **PC:** 35 CM **PT:** 34 CM **PB:** 11 CM.**

MOTIVO DE INGRESO: ICTERICIA + ALZA TERMICA

RECIBIMIENTO: DRA. RODRIGUEZ/DRA. CROZOY IRM CHUD

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD ACTUAL: RECEN NACIDO A TERMINO NORMOPESO QUE NACE EN HOSPITAL GUSTAVO DOMINGUEZ PRODUCTO DE PARTO CEFALOVAGINAL CON BUEN APGAR, QUE A SUS TRES DIAS DE VIDA PRESENTO TINTE ICTERICO GENERALIZADO (KRAMER V), ACOMPAÑADO DE ALZA TERMICA, POR LO QUE MADRE DE FAMILIA LLEVA A PACIENTE A SUBCENTRO DE SALUD, DONDE LA DERIVAN AL GUSTAVO DOMINGUEZ, LE REALIZARON BIOMETRIA: LEUCOCITOSIS: 22,61, NEUTROFILOS: 26,6, HB: 11,3, HTO: 37 TGO: 38,6, TGP: 19,6, BILIRRUBINA TOTAL: 19,6 CON UNA DIRECTA EN 1,44MG/DL, LA ENVIAN A ESTA CASA DE SALUD DEBIDO A SER PORTADORA INDIRECTA DEL SEGURO FAMILIAR POR PARTE DEL PADRE DE FAMILIA, INGRESA POR EMERGENCIA EN BRAZOS DE MADRE DE FAMILIA, SE OBSERVA RECEN NACIDA ICTERICA (KRAMER V), INCLUIDA ESCLERA Y MUCOSAS, FEBRIL 38,5°C EN EMERGENCIA, AUNQUE EN SALA: 37,6°C), SATURANDO POR ENCIMA DEL 90% SIN SUPORTE ADICIONAL DE OXIGENO SUPLEMENTARIO, ACTIVA/REACTIVA, SE ALIMENTA DEL SEÑO MATERNO CON BUENA SUCCION Y TOLERANCIA GASTRICA, SE DECIDE SU INGRESO, SE COLOCA BAJO FOTOTERAPIA INTENSIVA Y SE INICIA ESTUDIOS DE LABORATORIO Y SE INICIA TRATAMIENTO ATB. SE INDICA A MADRE DE FAMILIA: SRA. TOBAR CAGUA GINA EL MOTIVO DE INGRESO, DIAGNOSTICO, TERAPEUTICA A SEGUIR CON POSIBLES COMPLICACIONES, INDICA ESTAR DE ACUERDO Y FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO. **PESO AL INGRESO:** 2780 GR.

EXAMEN FISICO:

PIEL: SIN ALTERACIONES.
COLORACION Y MUCOSAS: ICTERICIA (KRAMER V).
CABEZA: NORMOCEFALICA, FONTANELAS NORMALES.
BOCA: NO FISURA DE PALADAR, NO LABIO HERIDO.
CUELLO: NO HEMATOMAS, NO QUISTES.
TORAX: SIMETRICO, BUENA EXPANSIBILIDAD TORACICA EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, BUENA ENTRADA DE AJRE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO IRAJE SUBCOSTAL, NO QUEJIDO, NI

TAQUINEA FR 52 POR MINUTO.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, DE BUENA INTENSIDAD, NO DESPLAZADOS, NO SE AUSCULTAN SOPLOS. LLENE CAPILAR EN 2 SEG.
ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO IMPRESION DOLOROSA, RUIDOS HIDROAEROS PRESENTES. OMBLIGO NORMAL CON 2A Y 3A SIN MALFORMACIONES ASOCIADAS.
PULSOS PERIFERICOS: PRESENTES, SIMETRICOS.
GENITALES EXTERNOS: FEMENINO, NORMALES.
ANO: BIEN IMPLANTADO, PERMEABLE.
EXTREMIDADES: SIMETRICAS, NO EDEMAS.

DIAGNOSTICO:
RECEN NACIDO A TERMINO DE PESO ADECUADO AL NACER,
NACE FUERA DEL HOSPITAL
HIPERBILIRRUBINEMIA
SEPSIS A DESCARTAR

EVOLUCIONES

31/07/2019

RECEN NACIDO A TERMINO NORMOPESEO QUE INGRESA POR CUADRO DE ICTERICIA (KRAMER V) Y ALZA TERMICA. AL MOMENTO PERMANECE EN CUNA RADIANTE BAJO FOTOTERAPIA INTENSIVA, CON TRATAMIENTO ATB, ALIMENTANDOSE DE LF CON BUENA SUCCION Y TOLERANCIA GASTRICA. SE RECIBE RESULTADO DE TIPIFICACION SANGUINEA: A FACTOR RH: POSITIVO BIOMETRIA: LEUCOSITOSIS, TROMBOCITOSIS Y NEUTROFILIA BILIRRUBINAS TOTALES: 21 A PREDOMINIO DE LA INDIRECTA.

SE MANTENDRA MISMO TRATAMIENTO Y SE REPETIRAN LAS BILIRRUBINAS A LAS 6 HORAS POSTERIORES A ULTIMA EXTRACCION DE MUESTRA. NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA.

01/08/2019

RECEN NACIDO SE MANTIENE SIN SOPORTE DE OXIGENO ACTIVO REACTIVO AL MANEJO SIN SOPORTE DE OXIGENO, BAJO FOTOTERAPIA, Y TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DE PRIMERA LINEA, NO HA REALIZADO ALZA TERMICA, SE ALIMENTA CON BUENA SUCCION Y TOLERANCIA GASTRICA, PENDIENTE EXAMENES DE CONTROL Y RESULTADO DE HEMOCULTIVO.

02/08/2019

RECEN NACIDO A TERMINO POR CAPURRO, DE BUEN PESO QUE NACE EN HOSPITAL SANTO DOMINGO POR PARTO EUTOCICO. ES REFERIDO A LA EMERGENCIA DE ESTA CASA DE SALUD POR ALZA TERMICA DE 38 GRADOS CELSIUS MAS ICTERICIA CON POSIBLE INCOMPATIBILIDAD (A-O). SE DECIDE INGRESO PARA TRATAMIENTO ESTUDIO, SE INICIA TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DE PRIMERA LINEA HOY TERCER DIA. CON BIOMETRIA HEMATICA TIENE LEUCOCITOSIS MAS NEUTROFILIA MAS TROMBOCITOSIS, PCR NEGATIVO Y BILIRRUBINA TOTAL DE 21.52MG/DL A EXPENSAS DE LA BILIRRUBINA INDIRECTA, POR LO QUE SE MANTIENE IGUALES INDICACIONES, AL MOMENTO EN CUNA RADIANTE, BAJO FOTOTERAPIA SIMPLE, CON MEJORIA DE LA ICTERICIA, ESTA PRESENTADO ALTERACIONES NEUROLOGICAS, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SE ALIMENTA BIEN DEL SENO MATERNO YA ORINO Y DEFECO, SE REVALUARA, SE MANTIENE INDICACIONES REPORTADO DE CUIDADO.

03/08/2019

RECEN NACIDO A TERMINO BUEN PESO, INGRESA POR ICTERICIA Y ALZA TERMICA CON SCORE DE SEPSIS (3PTOS): BIOMETRIA: LEUCOCITOSIS, TROMBOCITOSIS Y NEUTROFILIA. PCR MENOR A 6, BILIRRUBINAS TOTALES AL INGRESO EN 21,52, EL ULTIMO CONTROL BIOMETRIA MANTIENE LEUCOCITOSIS CON ANEMIA SIN CRITERIO DE TRANSFUSION. AL MOMENTO SE ENCUENTRA EN CUNERO RADIANTE CON FOTOTERAPIA SIMPLE, ALIMENTANDOSE POR SUCCION CON BUENA TOLERANCIA ORAL, CUMPLE ESQUEMA DE ANTIBIOTICO DE PRIMERA LINEA (HOY 3ER DIA). EN ESPERA DE RESULTADO DE HEMOCULTIVO. REPORTADA DE CUIDADO.

04/08/2019

RECEN NACIDO EN SU 7MO DIA DE VIDA PRETERMINO SE ENCUENTRA EN CUNA RADIANTE CON BUENA VITALIDAD, SATURANDO POR ENCIMA DEL 90% SIN APORTE ADICIONAL DE OXIGENO SUPLEMENTARIO, CON BUEN PATRON RESPIRATORIO, EUTERMICO, ROSADO CON LEVE PALIDEZ CUTANEA, ALIMENTANDOSE DEL SENO MATERNO CON BUENA SUCCION Y TOLERANCIA GASTRICA. SIN SIGNOS DE

FOCALIZACION NEUROLOGICA. BAJO ESQUEMA ANTIMICROBIANO.

PENDIENTE RESULTADO DE HEMOCULTIVO.

05/08/2019

RECEN NACIDA PRETERMINO TARDIA SEGUN EDAD GESTACIONAL PERO A TERMINO POR CAPURRO, DE BUEN PESO QUE NACE EN HOSPITAL SANTO DOMINGO POR PARTO EUTOCICO. ES REFERIDO A LA EMERGENCIA DE ESTA CASA DE SALUD POR ALZA TERMICA MAS ICTERICIA Y SE DECIDE INGRESO, AL EXAMEN FISICO SE CONSTATA ICTERICIA HASTA ZONA V DE KRAMER Y SE PLANTEA INCOMPATIBILIDAD DE GRUPO YA QUE EL RECEN NACIDO ES A POSITIVO Y LA MADRE O POSITIVO MAS FACTOR AGRAVANTE LA SEPSIS NEONATAL SE COLOCA BAJO FOTOTERAPIA INTENSIVA, SE INICIA TRATAMIENTO ANTIBIOTICO PREVIA TOMA DE MUESTRA PARA EXAMENES, BIOMETRIA HEMATICA CON LEUCOCITOSIS + PCR NEGATIVO Y BILIRRUBINA TOTAL DE 21.52MG/DL A NEUTROFILIA + TROMBOCITOSIS, PCR NEGATIVO Y BILIRRUBINA TOTAL DE 21.52MG/DL A

EXPENSAS DE LA INDIRECTA. SE REALIZA CONTROL AL MEDIO DEL DIA CON BILIRRUBINAS TOTALES EN 17,15MG/DL, INDIRECTA EN 15,62 MG/DL. EL EXAMEN ECOGRAFIA ABDOMINAL QUE FUE NEGATIVA. Y TIENE TGO DE INGRESO LIGERAMENTE. LA PACIENTE HA EVOLUCIONADO FAVORABLEMENTE Y LOS EXAMENES DE CONTROL AL 4TO DIA DE TRATAMIENTO AMO MUESTRAN BIOMETRIA NORMAL, PCR NEGATIVO QUE TAMBIEN LO FUE AL INGRESO EL NORMAL DE AYER Y HOY SE RECLAMA HEMOCULTIVO EL CUAL ES NEGATIVO. SE RECIBIEN CUNA RADIANTE, AFEBRIL, SIN ASPECTO SEPTICO, CON BUENA MECANICA RESPIRATORIA. SUCCIONA BIEN EL SENO MATERNO, ORINO Y DEFECO SIN DIFICULTAD. ANTE ESTOS RESULTADOS Y DADA LA MEJORIA CLINICA DECIDO SUSPENDER TRATAMIENTO QUE HOY CUMPLE 6TO DIA Y EGRESAR.

EXAMENES DE LABORATORIO

PCR CUANTITATIVO ULTRASENSIBLE
PCR CUANTITATIVO ULTRASENSIBLE.: < 6

Comentarios:

VALOR DE REFERENCIA: < 6 mg/dl
BIOMETRIA HEMATICA

Leucocitos (WBC).....: 32.60
Hemoglobina (HGB).....: 14.2
Hematocrito (HCT).....: 41.0
Volumen corp. medio (MCV).....: 107.9
Conc.media hemog.(MCH).....: 37.4
Conc.corp.media (MCHC) de hemo...: 34.6
Volumen Medio Plaquetario(MPV)...: 10.0
Monocitos.....: 3.39
Eosinófilos.....: 0.04
Linfocitos.....: 3.16
Neutrofilos.....: 28.74
Basófilos.....: 0.22
Plaquetas.....: 530.000
Recuento de globulos rojos.....: 3.80
Monocitos %.....: 9.5
Eosinófilos %.....: 0.1
Linfocitos %.....: 8.9
Neutrofilos %.....: 80.9
Basófilos %.....: 0.6

GRUPO SANGUINEO ABO/RH
GRUPO SANGUINEO ABO/RH.....: "A" POSITI

Bilirrubina Indirecta.....: 19.73
***** 1.79
***** 21.52

AST (SGOT).....: 67
ALT (SGPT).....: 21

EXAMEN: BILIRRUBINA TOTAL DIRECTA - QUIMICA

Muestra No. 01 Asignada a: 2019/08/01 14:20
Bilirrubina Indirecta.....: 15.62
***** 1.53
***** 17.15

EXAMEN: BILIRRUBINA TOTAL DIRECTA - QUIMICA

Muestra No. 01 Asignada a: 2019/08/02 06:01
Bilirrubina Indirecta.....: 13.3
***** 1.06
***** 14.36

EXAMEN: PCR CUANTITATIVO ULTRASENSIBLE - INMUNOLOGIA


Muestra No. 01 Asignada a: 2019/08/03 03:18
PCR CUANTITATIVO ULTRASENSIBLE.: <6

EXAMEN: BIOMETRIA HEMATICA - HEMATOLOGIA

Muestra No. 01 Asignada a: 2019/08/03 03:18
Leucocitos (WBC).....: 21.76
Hemoglobina (HGB).....: 12.4
Hematocrito (HCT).....: 34.5
Plaquetas.....: 460.000
Recuento de globulos rojos.....: 3.37
Monocitos %.....: 11.8
Eosinófilos %.....: 1.1
Linfocitos %.....: 31.8
Neutrofilos %.....: 54.7

EXAMEN: BILIRRUBINA TOTAL DIRECTA - QUIMICA

Muestra No. 01 Asignada a: 2019/08/03 03:56
Bilirrubina Indirecta.....: 12.8
***** 1.26
***** 14.06


Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi
Hospital Provincial General de Latacunga
0000374

CONSULTA 1 FECHA: 19-02-2020 EDAD: 6 años	CONSULTA 2 FECHA: 20-11-20 EDAD: 7 años																																								
1. SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRIA <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>TEMPERAL</th> <th>FRECUENCIA CARDIACA</th> <th>FRECUENCIA RESPIRATORIA</th> <th>PRELOTERNA</th> <th>PESO</th> </tr> <tr> <td>36.3°C</td> <td>123 x'</td> <td></td> <td></td> <td>15.5 kg</td> </tr> <tr> <td>TALLA</td> <td colspan="2">PERÍMETRO CEFÁLICO</td> <td colspan="2">ESTRUCRUCIONAL</td> </tr> <tr> <td>63 cm</td> <td colspan="2">41 cm</td> <td colspan="2">THC 18.3</td> </tr> </table>	TEMPERAL	FRECUENCIA CARDIACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	PRELOTERNA	PESO	36.3°C	123 x'			15.5 kg	TALLA	PERÍMETRO CEFÁLICO		ESTRUCRUCIONAL		63 cm	41 cm		THC 18.3		1. SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRIA <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>TEMPERAL</th> <th>FRECUENCIA CARDIACA</th> <th>FRECUENCIA RESPIRATORIA</th> <th>PRESIÓN ARTERIAL</th> <th>PESO</th> </tr> <tr> <td>36.6</td> <td>134</td> <td></td> <td>57/47%</td> <td>8.4 kg</td> </tr> <tr> <td>TALLA</td> <td colspan="2">PERÍMETRO CEFÁLICO</td> <td colspan="2">ESTRUCRUCIONAL</td> </tr> <tr> <td>71.3</td> <td colspan="2">42.8</td> <td colspan="2">THC 15.13</td> </tr> </table>	TEMPERAL	FRECUENCIA CARDIACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	PRESIÓN ARTERIAL	PESO	36.6	134		57/47%	8.4 kg	TALLA	PERÍMETRO CEFÁLICO		ESTRUCRUCIONAL		71.3	42.8		THC 15.13	
TEMPERAL	FRECUENCIA CARDIACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	PRELOTERNA	PESO																																					
36.3°C	123 x'			15.5 kg																																					
TALLA	PERÍMETRO CEFÁLICO		ESTRUCRUCIONAL																																						
63 cm	41 cm		THC 18.3																																						
TEMPERAL	FRECUENCIA CARDIACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	PRESIÓN ARTERIAL	PESO																																					
36.6	134		57/47%	8.4 kg																																					
TALLA	PERÍMETRO CEFÁLICO		ESTRUCRUCIONAL																																						
71.3	42.8		THC 15.13																																						
2. MOTIVO DE CONSULTA <i>Retraso en la Salud</i>	2. MOTIVO DE CONSULTA <i>Retraso en la Salud</i>																																								
3. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL <i>Bebe que presenta retraso del desarrollo</i>	3. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL <i>Bebe con posición cervical anormal que requiere cuidados para discapacidad</i>																																								
4. ANTECEDENTES PERSONALES <i>Alambrero (20 semanas) Hospital de Hacia Inmediato. Intervención neonatal por incompatibilidad ABO. Sepsis neonatal</i>																																									
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																																									
6. REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>ORG. RESPIRATORIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ORG. RESPIRATORIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ORG. RESPIRATORIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ORG. RESPIRATORIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ORG. RESPIRATORIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ORG. RESPIRATORIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ORG. RESPIRATORIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ORG. RESPIRATORIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ORG. RESPIRATORIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	6. REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>ORG. RESPIRATORIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ORG. RESPIRATORIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ORG. RESPIRATORIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ORG. RESPIRATORIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ORG. RESPIRATORIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ORG. RESPIRATORIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ORG. RESPIRATORIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ORG. RESPIRATORIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ORG. RESPIRATORIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>				
ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>																																								
ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>																																								
ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>																																								
ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>																																								
ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>																																								
ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>																																								
ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>																																								
ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>																																								
ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>																																								
ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>																																								
ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>																																								
ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>																																								
ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>																																								
ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>																																								
ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>																																								
ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>																																								
ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>																																								
ORG. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>																																								
7. DESARROLLO PSICOMOTOR NIVEL: Retraso Generalizado del desarrollo DESCRIPCIÓN:	7. DESARROLLO PSICOMOTOR NIVEL: Retraso en el desarrollo Psicomotor DESCRIPCIÓN:																																								
8. EXAMEN FÍSICO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>OROFARINJEAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Resante Espalica no sigue con la mirada</td> </tr> <tr> <td>OROFARINJEAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>avsepara de pecho</td> </tr> <tr> <td>OROFARINJEAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>cefalico fontanelas</td> </tr> <tr> <td>OROFARINJEAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ceroidas, manos cerradas</td> </tr> <tr> <td>OROFARINJEAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>no agarrar objetos</td> </tr> </table>	OROFARINJEAL	<input type="checkbox"/>	Resante Espalica no sigue con la mirada	OROFARINJEAL	<input type="checkbox"/>	avsepara de pecho	OROFARINJEAL	<input type="checkbox"/>	cefalico fontanelas	OROFARINJEAL	<input type="checkbox"/>	ceroidas, manos cerradas	OROFARINJEAL	<input type="checkbox"/>	no agarrar objetos	8. EXAMEN FÍSICO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>OROFARINJEAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Resante Espalica no sigue con la mirada, avsepara de pecho</td> </tr> <tr> <td>OROFARINJEAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>cefalico fontanelas</td> </tr> <tr> <td>OROFARINJEAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ceroidas, manos cerradas</td> </tr> <tr> <td>OROFARINJEAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>no agarrar objetos</td> </tr> </table>	OROFARINJEAL	<input type="checkbox"/>	Resante Espalica no sigue con la mirada, avsepara de pecho	OROFARINJEAL	<input type="checkbox"/>	cefalico fontanelas	OROFARINJEAL	<input type="checkbox"/>	ceroidas, manos cerradas	OROFARINJEAL	<input type="checkbox"/>	no agarrar objetos													
OROFARINJEAL	<input type="checkbox"/>	Resante Espalica no sigue con la mirada																																							
OROFARINJEAL	<input type="checkbox"/>	avsepara de pecho																																							
OROFARINJEAL	<input type="checkbox"/>	cefalico fontanelas																																							
OROFARINJEAL	<input type="checkbox"/>	ceroidas, manos cerradas																																							
OROFARINJEAL	<input type="checkbox"/>	no agarrar objetos																																							
OROFARINJEAL	<input type="checkbox"/>	Resante Espalica no sigue con la mirada, avsepara de pecho																																							
OROFARINJEAL	<input type="checkbox"/>	cefalico fontanelas																																							
OROFARINJEAL	<input type="checkbox"/>	ceroidas, manos cerradas																																							
OROFARINJEAL	<input type="checkbox"/>	no agarrar objetos																																							

Jra. Estrella Viernes 20 Noviembre.
 T.N. 2 9400



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de nacimiento		Sexo	
Residencia	País	Código de Cuentaduría o Población		Categoría de institución actual		Dirección Domicilio		N° Telefónico	
E	E			CS 14		La Fria			

II. REFERENCIA: 1 DERIVACIÓN: 2

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito/Área		
HSP	25061	CS 24		SP	0121		
Referencia o Derivación a:							Fecha
HSP		HSP		CIE	Reduina		06 11 2010

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutiva	1	Saturación de capacidad instalada	4
Ausencia temporal del profesional	2	Otros (Especifique)	3
Falta de profesional	3		

3. Resumen del cuadro clínico

Buena de 40 meses de edad A.P.P. Realiza
 Control infantil: control de peso y talla, presentando infecciones víri-
 cas o repetidas, infecciones respiratorias. Familiar refiere no
 haber realizado Tomografía visual ni Tomografía Auditiva.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Peso: 9.5 kg. CC: 44 cm
 Talla: 70 cm

5. Diagnóstico

	CE-10	PRE	DEF
1. Emisión Auditiva	2011		X
2. Tomografía Visual	2010		

Nombre del profesional:

Kelly Abela Código MSP: 0500025409

Firma:



III. CONTRAREFERENCIA: 3

REFERENCIA INVERSA: 4

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Contrareferencia o Referencia Inversa a:						Fecha

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

	CE-10	PRE	DEF
1			
2			

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista:

Código MSP:

Firma:



Ministerio de Salud Pública

362360 Hospital Provincial General de Latacunga



ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO/EDAD	EDAD	SP INGESTIA CLINICA																						
1 MOTIVO DE CONSULTA																											
Valimiento de discapacidad																											
2 ANTECEDENTES PERSONALES																											
Antecedentes de infección crónica e hipertensión arterial no controlada																											
3 ANTECEDENTES FAMILIARES																											
<table border="1"> <tr> <td>DIABETES</td> <td>ENFERMEDAD CARDIACA</td> <td>ENFERMEDAD RESPIRATORIA</td> <td>ENFERMEDAD RENAL</td> <td>ENFERMEDAD HEPATICA</td> <td>ENFERMEDAD NEUROLÓGICA</td> <td>ENFERMEDAD ONCOLÓGICA</td> <td>ENFERMEDAD INFECCIOSA</td> <td>ENFERMEDAD HEMATOLOGICA</td> <td>ENFERMEDAD GINECOLOGICA</td> <td>ENFERMEDAD UROLOGICA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						DIABETES	ENFERMEDAD CARDIACA	ENFERMEDAD RESPIRATORIA	ENFERMEDAD RENAL	ENFERMEDAD HEPATICA	ENFERMEDAD NEUROLÓGICA	ENFERMEDAD ONCOLÓGICA	ENFERMEDAD INFECCIOSA	ENFERMEDAD HEMATOLOGICA	ENFERMEDAD GINECOLOGICA	ENFERMEDAD UROLOGICA											
DIABETES	ENFERMEDAD CARDIACA	ENFERMEDAD RESPIRATORIA	ENFERMEDAD RENAL	ENFERMEDAD HEPATICA	ENFERMEDAD NEUROLÓGICA	ENFERMEDAD ONCOLÓGICA	ENFERMEDAD INFECCIOSA	ENFERMEDAD HEMATOLOGICA	ENFERMEDAD GINECOLOGICA	ENFERMEDAD UROLOGICA																	
4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL																											
Trastorno funcional de las partes superiores de miembros superiores secundario a complicación por hipertensión arterial no controlada																											
5 REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS																											
<table border="1"> <tr> <td>4. OÍDOS DE LOS SENTIDOS</td> <td>3. CORAZÓN</td> <td>2. RESPIRATORIO</td> <td>1. NEURAL</td> <td>6. HEMATOLOGICO</td> <td>5. RENAL</td> <td>7. GINECOLOGICO</td> <td>8. UROLOGICO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						4. OÍDOS DE LOS SENTIDOS	3. CORAZÓN	2. RESPIRATORIO	1. NEURAL	6. HEMATOLOGICO	5. RENAL	7. GINECOLOGICO	8. UROLOGICO														
4. OÍDOS DE LOS SENTIDOS	3. CORAZÓN	2. RESPIRATORIO	1. NEURAL	6. HEMATOLOGICO	5. RENAL	7. GINECOLOGICO	8. UROLOGICO																				
6 SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRIA																											
REGULACION	24 x 1.92 x 41.44	11-01-2021																									
TEMPERATURA	36.7	37.2°C																									
PRESION ARTERIAL																											
PIEZO (cm) / FRECUENCIA RESPIRATORIA	132 x / 96 P	130 x / 98 P																									
PIEZO (kg) / TALLA (cm)	8.2 kg / 174 cm	8.5 kg / 174 cm																									
7 EXAMEN FISICO REGIONAL																											
<table border="1"> <tr> <td>1. CABEZA</td> <td>2. OJOS</td> <td>3. OÍDOS</td> <td>4. CORAZÓN</td> <td>5. RESPIRATORIO</td> <td>6. ABDOMEN</td> <td>7. PELVIS</td> <td>8. EXTREMIDADES</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						1. CABEZA	2. OJOS	3. OÍDOS	4. CORAZÓN	5. RESPIRATORIO	6. ABDOMEN	7. PELVIS	8. EXTREMIDADES														
1. CABEZA	2. OJOS	3. OÍDOS	4. CORAZÓN	5. RESPIRATORIO	6. ABDOMEN	7. PELVIS	8. EXTREMIDADES																				
Capacidad y coordinación de miembros superiores, en miembros inferiores.																											
8 DIAGNOSTICO																											
1	Parálisis cerebral				6300																						
2	Espina																										
9 PLANES DE TRATAMIENTO																											
Diversión de actividades																											
<p style="text-align: right;"> Doctor A. Almaraz NEUROLOGIA HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA </p>																											

SIS-MSP / HCU-1000.002 / 2004

CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO

10 EVOLUCIÓN			11 PRESCRIPCIONES	
FECHA (DÍAS/MES/AÑO)			FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA ENFERMERÍA Y OTRO PERSONAL)	
HORA			ADMINISTRACIÓN FARMACOS Y OTROS	
NOTAS DE EVOLUCIÓN				
7-12-24	9:41	<p>Fuerza: lechosa. 130v'</p> <p>Temperatura 36,4°C</p> <p>Saturación 96.0% <i>uaf</i></p>		
05/01/21	11:00	<p>Signos vitales</p> <p>Temperatura 37.1°C</p> <p>Pulso 116x'</p> <p>Saturación 94.1%</p> <p>Peso 8.2 Kg</p> <p>Talla 74cm</p> <p>PE 49.5</p> <p>IHC 1497</p> <p><i>A.A. J. B. B. B.</i></p> <p>Ulcero cicatriz con resultados.</p> <p>Difusivos</p> <p>Reveridos Eructos visclos</p> <p>PEV a LEDs con propiedades nudaes corchales de morfología típicas, repletas con lentes curv del componente P100 albal deuto de límites normales, pero con diferencias interseccas que impiden hacer del nivel de reveridos. Amplitud del componente N78 P100 dentro de límites normales. No factos compatible con distorsión nudaes en la nudaes reveridos piquisomáticos.</p> <p>Reveridos. Qualitativos no pueden ser leyidos y uñata autorisación para elidarse, se le explica a la madre las complejaciones y riesgos de sedación con hidrato de cloral, marcho entumecido y cepto.</p> <p>E.F. magalen</p> <p>Dg. Península de Cerebral Infantil</p> <p>Tempo de Demencia.</p> <p>Autorisación para sedar a la niña</p> <p>Contra pira. Huel: quien requiera sedar como con hidrato de cloral, se le explica que hay riesgos de depresión respiratoria y la madre es consciente y acepta que se le realice</p>	<p>Dr. complejo B 5ml diario</p> <p><i>Dr. Ana María García Lozano</i> MSP: L. M. F. 25. N. 2.1 INT. N. 10. 02. 00011 05. 10. 2011 CMC. 3807 PEDIATRA</p> <p><i>Gina...</i></p> <p>172979967</p>	

SNS-MSP / HCU-form.002 / 2008

CONSULTA EXTERNA - EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES

CONSULTA EXTERNA - EXAMEN FÍSICO



ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE	NOMBRE	APELLIDOS	NOMBRE	EDAD	N° HISTORIA CLINICA
-----------------------------	--------	-----------	--------	------	---------------------

1 - CARACTERISTICAS DE LA SOLICITUD Y MOTIVO

TIPO DE SOLICITUD	MOTIVO	NOMBRE DEL PACIENTE	NOMBRE DEL SOLICITANTE	FECHA DE SOLICITUD	SEXO	EDAD
INTERCONSULTA	OPHTHALMOLOGIA	Dr. Gonzalo Flores				

2 CUADRO CLINICO ACTUAL

Ptd de la 3m con antecedentes de Eufelopato por incompatibilidad ABO.
 por lo que presento penosis ocular infantil.
 Al examen físico no sigue con los ejercicios

3 RESULTADOS DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

4 DIAGNOSTICO

ICD-10	DESCRIPCION	OP	PRE	POST	OP	PRE	POST
H60.1	Paralisis Ocular Hipofixada						
H61.0	Ceguera						

5 PLANES TERAPEUTICOS Y EDUCACIONALES REALIZADOS

Rehabilitación de la visión

FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	PRE	POST
02/11/2024	Dr. Ana María García Lema			



1 EVOLUCION		
FECHA	HORA	NOTAS DE EVOLUCION
11/01/21		<p>Oftalmología</p> <p>Pole p de 1000 Sup. de 10</p> <p>10 PCI</p> <p>P: Control con potentes Ufual</p> <p>Fu. C. A.</p> <p>O: Ufual 1. - canas</p> <p>As Fr 10</p> <p>Sigue con Difer 10</p> <p>no potentes</p> <p>A -> Potentes ufual</p> <p>As: normal</p> <p>As: normal</p> <p>Fu. C. A. 10</p> <p>P: normal</p>
14/01/21	2:00 pm	<p>Otorrinolaringología</p> <p>Se realizaron Potentes</p> <p>Exámenes Auditivos de</p> <p>Estado Estable (Amiechank)</p> <p>Resultado: Hipoacusia</p> <p>neurosensorial profusiva</p> <p>Bilateral.</p> <p>Se adjunta examen.</p>

2 PRESCRIPCIONES	
FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA ENFERMERIA Y OTRO PERSONAL)	ACTIVIDAD FARMACOS VIGILANCIA
<p>10 Ropinirol 20mg</p> <p>10 30/12/20</p> <p>10 Cande Amol</p>	
<p>Dr. González</p> <p>CIRUJANO</p> <p>Otorrinolaringólogo</p> <p>MOSP. 12218467</p>	
<p>10/01/21</p> <p>TERAPISTA DE FONOLOGIA</p> <p>LINEA 3 FOLIO 214 N° 30</p> <p>CDU</p>	



DETALLE DE SOLICITUD	Nombre	Apellido	Edad	Sexo	EP - HISTORIA CLINICA
----------------------	--------	----------	------	------	-----------------------

1 - CARACTERÍSTICAS DE LA SOLICITUD Y MOTIVO

ÁREA SOLICITANTE	OPINIÓN	OPINIÓN DEL PACIENTE	OPINIÓN DEL MÉDICO	OPINIÓN DEL ENFERMERO	OPINIÓN DEL FISIOTERAPEUTA	OPINIÓN DEL PSICÓLOGO	OPINIÓN DEL ASISTENTE SOCIAL	OPINIÓN DEL NUTRIENTE	OPINIÓN DEL ODONTÓLOGO	OPINIÓN DEL OTOLOGO	OPINIÓN DEL FONIASTRA	OPINIÓN DEL NEFRÓLOGO	OPINIÓN DEL NEURÓLOGO	OPINIÓN DEL PEDIATRA	OPINIÓN DEL PSICOPEDAGOGO	OPINIÓN DEL PSICOPEDAGOGO	OPINIÓN DEL PSICOPEDAGOGO	OPINIÓN DEL PSICOPEDAGOGO	OPINIÓN DEL PSICOPEDAGOGO	OPINIÓN DEL PSICOPEDAGOGO
OPINIÓN	OPINIÓN	OPINIÓN	OPINIÓN	OPINIÓN	OPINIÓN	OPINIÓN	OPINIÓN	OPINIÓN	OPINIÓN	OPINIÓN	OPINIÓN	OPINIÓN	OPINIÓN	OPINIÓN	OPINIÓN	OPINIÓN	OPINIÓN	OPINIÓN	OPINIÓN	OPINIÓN

2 - CUADRO CLÍNICO ACTUAL

Pt de la 3m con antecedentes de encefalopatia por incompatibilidad ABO por lo que pudiese producirse cerebral infantil
 Al examen físico no sigue con los consuetos

3 - RESULTADOS DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

4 - DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	CODIGO	FECHA	OPINION	OPINION DEL PACIENTE	OPINION DEL MEDICO	OPINION DEL ENFERMERO	OPINION DEL FISIOTERAPEUTA	OPINION DEL PSICÓLOGO	OPINION DEL ASISTENTE SOCIAL	OPINION DEL NUTRIENTE	OPINION DEL ODONTÓLOGO	OPINION DEL OTOLOGO	OPINION DEL FONIASTRA	OPINION DEL NEFRÓLOGO	OPINION DEL NEURÓLOGO	OPINION DEL PEDIATRA	OPINION DEL PSICOPEDAGOGO	OPINION DEL PSICOPEDAGOGO	OPINION DEL PSICOPEDAGOGO	
Pandemia cerebral infantil	G801																			
Ceguera	H910																			

5 - PLANES TERAPEUTICOS Y EDUCACIONALES REALIZADOS

Valeracion de oporalidad

Dr. Ana María García Lema
 Especialista en Otorrinolaringología
 Hospital Provincial General de Latacunga
 C.M. 338-02-0171-001

NIT: 00211120
 NOMBRE DEL PROFESIONAL: [Signature]
 FIRMA: [Signature]
 NOMBRE DEL USUARIO: [Signature]
 INTERCONSULTA - SOLICITUD



ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M/F) N° IDENT. N° HISTORIA CLINICA
-----------------	--------	----------	--







REGISTRAR EN BLANCO LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS Y OTROS PRODUCTOS ESPECÍFICOS

1. EVOLUCIÓN			2. PRESCRIPCIONES	
FECHA (D/M/AÑO)	HORA	NOTAS DE EVOLUCIÓN	FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA ENFERMEDAD Y OTRO PERSONAL)	FARMACOS PRESCRIBIDOS
22/01/21	9:52	Edad 10 años pulso 140 x' saturación 92-1 Temperatura 36.5°C Ave. L. Romero		
29/01/2021		Otorrinolaringología MC: Control con resultados favorable femenino de 1 año y 5 meses de edad con antecedentes personales de parálisis cerebral infantil, en la cual se realizó pautas de gaitas como resultado hipocúsculo lateral profundo.	Indicaciones 1) Entrega de documentación para discapacidad con firma electrónica y autógrafo.	
		ID: Hipocúsculo Neurosensorial Bilateral (H908)		



APELLIDO PATERNO		MATERNO	NOMBRES	Nro. H. CL.
APARTADO I				
RECORDATORIO	Polo 55 Mre Jans a otros de otros			
ANTECEDENTES PERSONALES Y PASADO PATOLÓGICO	APP: Proliferación de Puntos rojos +			
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	- PCE a tiempo de examen			
FAMILIARES	ASJ (-)			
MOTIVO DE LA CONSULTA				
ENFERMEDAD ACTUAL				
FECHA Y FIRMA	<p>M.C. PCE E.A.: J. J. J. J. J. J. J. J.</p>			

APARTADO II		
OJO DERECHO	TIPO DE EXAMEN	OJO IZQUIERDO
<p>ASJC -> fijo</p> <p>ligero rojo</p> <p>no nublado</p>	AGUDEZA VISUAL	<p>ASJC -> fijo</p> <p>ligero rojo</p> <p>no nublado</p>
	SIN CORRECCIÓN	
	CON CORRECCIÓN	
	USA LEJOS	
	USA CERCA	
	VISIÓN CROMÁTICA	
	TENSIÓN	
	ANEXOS	
	SEGMENTO ANTERIOR	
	MEDIOS	
FONDO	<p>normal</p>	
DISCO ÓPTICO		
MACULA		
VASOS		
RETINA Y COROIDES		
OTROS EXÁMENES		
FO: en pupila oscura		

APARTADO III			
REFLEJOS PUPILARES:	FOTOMOTOR:	CONSENSUAL:	ACOMODACIÓN:
	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	
LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES DEL FONDO			
MOVIMIENTOS OCULARES			
LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES DEL SEGMENTO ANTERIOR			
APARTADO IV			
OJO DERECHO	REFRACCIÓN	OJO IZQUIERDO	
	ESQUIASCOPIA		
	VISIÓN		
	SUBJETIVA		
	ADD.		
CICLOPEJIA	HOMOTROPINA	MYDRIACYL	ATROPINA DINÁMICA
SE ORDENA	O. D.		
	O. I.		
	A. O.		
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:	Dist. faroide		MSR
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:			COD.
APARTADO V			
FECHA	MOTIVO CONSULTA	PRESCRIPCIONES MEDICAS	
02/10/20		D. Tiempo visual D. Ocular a la mano? D. Faltas de visión	

Dr. Gonzalo Fierro
 CIRUJANO
 OFTALMOLOGO
 M.E.I. 172171973A

Anexo 7 Formulario de referencia, derivación, contra referencia y referencia inversa

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA							
Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de nacimiento	
Nacionalidad	País	Estado de Civilidad / Profesión	Lugar de residencia (pueblo)		Dirección Domicilio		
Guatemalteco	Guatemala		Cobán, Guatemala		C.A.S.		
Municipio		Código Postal		Teléfono		MP Telefónico	
II. REFERENCIA: <input checked="" type="checkbox"/> DERIVACIÓN: <input checked="" type="checkbox"/>							
1. Datos Institucionales							
Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Distribución		
MSP	271136194	C-5 SBU		U	07001		
Referente o Derivado a:		Fecha					
MSP		C-5 Hospital		24		07 2020	
2. Motivo de la Referencia o Derivación:							
Existencia capacidad instalada		Saturación de capacidad instalada		4 <input type="checkbox"/>			
Ausencia temporal del profesional		Otro/Especifique		3 <input type="checkbox"/>			
Falta de profesional				2 <input type="checkbox"/>			
3. Resumen del cuadro clínico							
Paciente con antecedente positivo de malaria en Distrito de Cobán, con síntomas de fiebre, dolor abdominal, náusea, vómito, diarrea, pérdida de peso, etc. Se realizó examen físico y se observó ictericia, hepatomegalia y esplenomegalia. No se realizó exámenes de laboratorio. Se inició tratamiento con cloroquina y ácido fólico. Evolución favorable.							
4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos							
5. Diagnóstico							
1	Trastorno mental no especificado					CIE-10	F69
2							
3							
Nombre del profesional: <u>Néstor Velasco</u> Código MSP: <u>271136194</u>							
III. CONTRAREFERENCIA: <input type="checkbox"/> REFERENCIA INVERSA: <input type="checkbox"/>							
1. Datos Institucionales							
Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Especialidad del servicio		
Contrarreferente o Referencia Inversa a:		Fecha					
2. Resumen del cuadro clínico							
3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos							
4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados							
5. Diagnóstico							
1						CIE-10	F69
2							
3							
6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad							
Firma del profesional especialista:				Código MSP:	Firma:		

24. de septiembre 2020
 Dr. Placido, 15 horas

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Nombre		Fecha de Nacimiento		Sexo	
Nombre	Apellido	Dirección Domicilio	N° Telefónico		
Identificación	Código de Ciudadanía o Pasaporte	Lugar de nacimiento actual	Dirección Domicilio		
Sexo	Edad	Profesión	Categoría Profesional		

II. REFERENCIA: DERIVACIÓN:

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	
MINSA	44173	Hospital Ramón Hays del Callao	B	25001	
Refiere o Deriva a:					
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	Fecha	
H.S.P.	Hospital Ramón Hays del Callao	Consulta Externa	Neurología	29	10
				de	de

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutoria	<input checked="" type="checkbox"/>	Saturación de capacidad instalada	<input type="checkbox"/>
Ausencia temporal del profesional	<input type="checkbox"/>	Otros/Especifique:	<input type="checkbox"/>
Falta de profesional	<input checked="" type="checkbox"/>		

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente femenina diagnosticada de parálisis cerebral infantil a los 6 meses de vida, con secuelas motoras en miembros inferiores, con déficit de independencia y con valoración de grado de discapacidad.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

	CI-E-10	PRI	DEF
1	Parálisis Cerebral Infantil	G231	X
2			

Nombre del profesional: Dr. Placido Código MSP: 11000000000000000000 Firma: [Firma]

III. CONTRAREFERENCIA: REFERENCIA INVERSA:

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
H.S.P.	882360	Hospital General	B		Neurología
Contrarefiere o Referencia Inversa a:					
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área		
			de de de		

2. Resumen del cuadro clínico

Paciente con antecedente de parálisis cerebral infantil, con secuelas motoras en miembros inferiores, con déficit de independencia y con valoración de grado de discapacidad.

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

	CI-E-10	PRI	DEF
1	Parálisis Cerebral Infantil Especifica	G231	X
2			

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Tratamiento de rehabilitación

[Firma]
 NEUROLOGO
 M.S.P. 11000000000000000000

Anexo 8 Informe médico –diagnóstico parálisis cerebral espástica cuadripléjica

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

INFORME MÉDICO: CALIFICADOR/ ESPECIALISTA/ TRATANTE

Lugar y Fecha: 24-11-2020

Se ha atendido a realizar la Evaluación Médica de [redacted] quien registra la siguiente información:

DIAGNÓSTICO		CE-10
Parálisis cerebral espástica cuadripléjica		G800

CUADRO CLÍNICO

Parálisis tetraplégica con secuelas de parálisis cerebral / secundario a acetilcolinoma hipogénico congénito. Sin síndrome de Down, autismo o epilepsia. Solo HTE de los miembros superiores.

TRATAMIENTOS RECIBIDOS	
Fecha de inicio de tratamiento	24-11-2020
Farmacológico/No farmacológico	00
Rehabilitación	51
Quirúrgico	00

A pesar del tratamiento realizado y como consecuencia de esta condición de salud el (la) paciente presenta las siguientes secuelas permanentes e irreversibles:

SECUELAS PERMANENTES E IRREVERSIBLES	CE-10	CUADRO CLÍNICO
Parálisis cerebral espástica cuadripléjica	G800	no síndrome de Down, autismo, epilepsia, solo HTE de los miembros superiores y síndrome de Down

Es todo cuanto puedo certificar para los fines consiguientes.

[Firma]
 Dr. Douglas A. Almirante
 NEUROCIJUAN
 BENEBOYT 80212
 MSP 09942046
 CC
 Especialidad
 Neuro y Cédigo

NOTA: Para los Certificados de Especialista emitidos por instituciones de la Red Pública Integral de Salud, se deberá presentar en Hoja Membretada con el sello de la institución.

El presente formulario debe ser llenado en base al instructivo adjunto.

DND-FORM-001

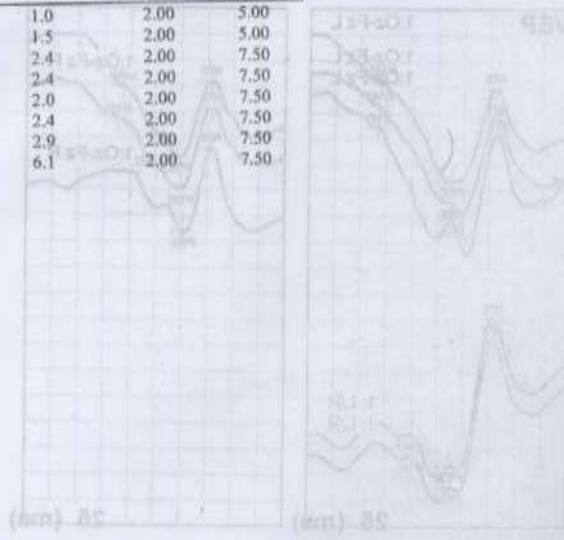
Anexo 9 Examen potenciales evocados visuales



VEP

Trace	N75 (ms)	P100 (ms)	N145 (ms)	N75-P100 (µV)
1:Oz-Fz R	71.88	98.44	150.00	16.30
1:Oz-Fz L	68.75	112.11	182.81	16.69
1: L/R	70.31	112.50	150.00	42.81
1: L/R	70.31	112.11	150.00	42.78
1:Oz-Fz R	72.66	104.69	156.64	22.35
1:Oz-Fz R	69.92	100.78	161.33	23.69
1:Oz-Fz L	69.92	112.50	182.03	24.71
1:Oz-Fz L	70.70	110.94	180.08	27.06

Trace Name	Side	Type	AvgCnt	Reject (%)	RepRate	Gain (µV/div)
1:Oz-Fz R	Right	Goggles	200	1.0	2.00	5.00
1:Oz-Fz L	Left	Goggles	200	1.5	2.00	5.00
1: L/R	Both	Goggles	200	2.4	2.00	7.50
1: L/R	Both	Goggles	200	2.4	2.00	7.50
1:Oz-Fz R	Right	Goggles	200	2.0	2.00	7.50
1:Oz-Fz R	Right	Goggles	200	2.4	2.00	7.50
1:Oz-Fz L	Left	Goggles	200	2.9	2.00	7.50
1:Oz-Fz L	Left	Goggles	200	6.1	2.00	7.50



VEP a 10 Hz con respuestas visuales corticales de neurofisiología típicas, replicables, con latencias del componente N75-P100 dentro de límites normales para sus direcciones laterales significativas para sus lados laterales. Amplitud del componente N75-P100 dentro de límites normales. Respuestas compatibles con latencias normales en la vista lateralizada por inducción.

Dr. ALVARO ELIASSER
Neurofisiología Clínica

Anexo 10 Informe médico potenciales evocados visual

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

INFORME MEDICO: CALIFICADOR/ ESPECIALISTA/ TRATANTE

Lugar y Fecha: Lima, 14 de Febrero 2014

Se ha procedido a realizar la Evaluación Médica de [REDACTED] con cédula de identidad (documento que certifique la condición migratoria regular) quien registra la siguiente información:

DIAGNÓSTICO	CIE-10
<u>Ceguera unguisada bilateral del ojo</u>	<u>H541</u>

CUADRO CLÍNICO
<u>Presente desde la infancia con una evolución progresiva - pérdida de visión central y periférica. Agudeza visual: OD: 1/300 - OS: 1/300, no mejora con lentes. Campo visual: OD: 10-150-150 - OS: 10-150-150. No hay respuesta a tratamiento con lentes. Se requiere cirugía para mejorar la visión central y periférica.</u>

TRATAMIENTOS RECIBIDOS	
Fecha de inicio de tratamiento	<u>11 / Enero / 2014</u>
Farmacológico/No farmacológico	<u>No hay tratamiento farmacológico</u>
Rehabilitación	<u>Se han realizado rehabilitación visual y adaptación de lentes</u>
Quirúrgico	<u>No hay cirugía que mejore la visión</u>

A pesar del tratamiento realizado y como consecuencia de esta condición de salud el (la) paciente presenta las siguientes secuelas permanentes e irreversibles:

SECUELAS PERMANENTES E IRREVERSIBLES	CIE-10	CUADRO CLÍNICO
<u>Ceguera unguisada bilateral</u>	<u>H541</u>	<u>Presente desde la infancia con una evolución progresiva - pérdida de visión central y periférica.</u>

Es todo cuanto puedo certificar para los fines consiguientes.

Dr. Gonzalo Flores
Nombres y Apellidos
 CC
Especialidad Oftalmología
Sello y Código

Dr. Gonzalo Flores
 CIRUJANO
 OPTALMOLOGO
 REG. 173773

NOTA: Para los Certificados de Especialista emitidos por Instituciones de la Red Pública Integral de Salud, se deberá presentar en Hoja Membretada con el sello de la Institución.

El presente formulario debe ser llenado en base el instructivo adjunto.

DND-FORM-001

Anexo 11 Examen electroaudiometría

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 Coordinación Zonal 3 - Salud
 Hospital Provincial General de Latacunga

ELECTROAUDIOMETRIA (PEAce)

Historia Clínica: _____ Fecha de Nacimiento: 28/07/2019
 Apellidos: _____ Nombres: _____
 Sexo: Femenino: Masculino: Edad: _____
 Transferencia de: Otorrino Cédula de identidad: _____
 Fecha del examen: 14/01/2021

HIPACUSIA	ALDIÓN NORMAL	-20
		0
		20
		40
	LEGERA	50
		60
	MEDIANA	70
		80
	SEVERA	90
		100
	PROFUNDA	110
		120

FRECUENCIA DEL HZ

I.E. V. M. P. L. C. - LATACUNGA
 CRAPISTA LEONILDO
 LATACUNGA - ECUADOR
 COD-14

Pérdida Promedio: OI: _____ OI: _____
 Fórmula para hallar **Pérdida Promedio**. Umbrales de las frecuencias del habla: (cada oído por separado)
Pérdida Promedio = ((0.5+1+2+4 KHz)/4)

Realizado por: T.L. Patricia Figueras
 Transferencia a: Dra. Juncelis Oria
 Observaciones: Hipoacusia Neurosensorial Bilateral H903

Hermanas Pérez 1-02 y Dos de Mayo
 Latacunga - Ecuador
 Teléfono: 593(3) 2800331 / 2994420 Pagina Web: hgl.msp.gov.ec

Dra. Juncelis Oria
 Otorrino
 LATACUNGA
 Servicio de Otorrino

Anexo 12 Informe médico electroaudiometría

INFORME MEDICO: CALIFICADOR/ ESPECIALISTA/ TRATANTE


Lugar y Fecha: _____ 22 ENERO 2021

Se ha procedido a realizar la Evaluación Médica de _____ con cédula de identidad (documento que certifique la condición migratoria regular) _____ Quien registra la siguiente información:

DIAGNÓSTICO	CIE-10
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL	H903

CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEM DE 1 AÑO 5 MESES DE EDAD CON ANTECEDENTES DE PARALISIS CEREBRAL INFANTIL
 POTENCIALES EVOCADOS REALIZADOS 14 ENERO 2021
 HIPOACUSIA PROFUNDA BILATERAL



TRATAMIENTOS RECIBIDOS	
Fecha de inicio de tratamiento	NO
Farmacológico/No farmacológico	NO

NOTA: Para los Certificados de Especialista emitidos por Instituciones de la Red Pública Integral de Salud, se deberá presentar en Hoja Membrada con el sello de la Institución.

El presente formulario debe ser llenado en base al instructivo adjunto.

DND-FORM-001

Rehabilitación	EN ESPERA DE AUDIFONOS DE HIPOACUSIA PROFUNDA
Quirúrgico	NO

A pesar del tratamiento realizado y como consecuencia de esta condición de salud el (la) paciente presenta las siguientes secuelas permanentes e irreversibles:

SECUELAS PERMANENTES E IRREVERSIBLES	CIE-10	CUADRO CLÍNICO
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL	H903	PERDIDA AUDITIVA POR ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE CARÁCTER IRREVERSIBLE

Es todo cuanto puedo certificar para los fines consiguientes.



YUNEISIS ORIAS

Dra. Yuneisis Orias Antigua
 OTORRINOLARINGÓLOGA
 Senesyt 8801-15-14741

Nombres y Apellidos
 CC
 Especialidad
 Sello y Código

NOTA: Para los Certificados de Especialista emitidos por Instituciones de la Red Pública Integral de Salud, se deberá presentar en Hija Membretada con el sello de la Institución.

El presente formulario debe ser llenado en base al historial clínico.

Anexo 13 Informe médico rayos x de cadera



LASER
CENTRO MÉDICO.

TAC HELICOIDAL - RAYOS X - ECOGRAFIA DOPPLER, 3D Y 4D
DENSITOMETRIA - MAMOGRAFIA- RESONANCIA MAGNÉTICA-
ELECTROENCEFALOGRAMA.

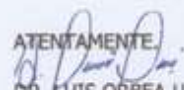
PACIENTE: [REDACTED]
ESTUDIO: RX DE CADERA.
FECHA: 22 de enero de 2021

HALLAZGOS:

El estudio practicado demuestra:

Techos acetabulares normales.

El ángulo acetabular derecho mide: 18° grados, el izquierdo mide: 24° grados.

ATENTAMENTE

DR. LUIS ORBEA ULLOA.
MÉDICO RADIOLOGO.

Dr. Luis Alberto Orbea Ulloa
ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMAGEN
SENESECYT 8238-2015-262037

LATACUNGA- SANCHEZ DE ORELLANA 1180 Y RUMINAHUÍ TELEFONO 032809224

Anexo 14 Rayos x de cadera



Anexo 15 Carnet de vacunas-medidas antropométricas-esquema de vacunación

Salud Infantil

RECIÉN NACIDA		P. CEFÁLICO en	EDAD GESTACIONAL	PESO E.G.	APGAR (min)	REANIMACION
PESO AL NACER	3 2 6 5 g	3 5	sem. <input type="checkbox"/> / días <input checked="" type="checkbox"/>	ardec. <input type="checkbox"/>	1º 0 8	no / sí
LONGITUD en	1 7 5	<input type="checkbox"/>	ECO <input type="checkbox"/>	per. <input type="checkbox"/>	2º 0 9	no / sí
<2500 g <input type="checkbox"/>	>4000 g <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTIMADA <input type="checkbox"/>	gde. <input type="checkbox"/>	10º <input type="checkbox"/>	no / sí
ATENDIÓ médico: <input type="checkbox"/> obit. <input type="checkbox"/> inf. <input type="checkbox"/> auxil. <input type="checkbox"/> estud. <input type="checkbox"/> empár. <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		LUGAR DE PARTO		MÉTODO CANGURO		NORMAL
PARTO <input type="checkbox"/>		Establecimiento de salud <input type="checkbox"/>		Amoriza <input type="checkbox"/> Se aplica <input type="checkbox"/>		EXAMEN FÍSICO
NEONATO <input type="checkbox"/>		Domicilio <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/>		DEFECTOS CONGÉNITOS
Tipificación R.N.		Vitamina K		Profilaxis Ocular		no / sí
no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		CIE 10
ENFERMEDADES		TAMIZAJE METABÓLICO		TAMIZAJE AUDITIVO		EGRESO RN
ninguna <input type="checkbox"/> 1 ó más <input checked="" type="checkbox"/>		Se realiza <input type="checkbox"/>		Pasa <input type="checkbox"/>		APEGO INMEDIATO
CIE 10		No se realiza <input type="checkbox"/>		No pasa <input type="checkbox"/>		no / sí
<input type="checkbox"/>		No / sí		No / sí		PESO AL EGRESO
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		ALIMENTO AL ALTA
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		lact. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		sólido <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		mixto <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Responsible egreso: <input type="checkbox"/>

● Alerta

Esquema de vacunación niñas de un año

Tipo Vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres y apellidos del vacunador	Establecimiento de Salud
			día	mes	año				
*BCG	1	Dentro de las 24 horas	28	07	2019	2h	03767238		
Hepatitis B (HB cero)	1	Dentro de las 24 horas	28	07	2019	2h	03283001A		
**Rotavirus	1a.	2 meses	30	09	2019	2m	906K 11655 JREHIA		IESS
	2a.	4 meses	05	12	19	4m	AP02 CIP9AA	Lic S. Ch	CS SBV
Pentavalente	1a.	2 meses	30	09	2019	9m	085AVD 200 JREHIA		IESS
	2a.	4 meses	05	12	19	4m	285AZ 00313	Lic S. Ch	CS SBV
	3a.	6 meses	05	02	2020	6m	2859400 30	Lic N.T	CS SBV
***IPV	1a.	2 meses	30	09	2019	2m	174400A JREHIA		IESS
OPV	2a.	4 meses	05	12	19	4m	174400A	Lic S. Ch	CS SBV
	3a.	6 meses	05	02	2020	6m	180 B02	Lic N.T	CS SBV
Neumococo conjugada	1a.	2 meses	30	09	2019	2m	ASPU81930A JREHIA		IESS
	2a.	4 meses	05	12	19	4m	ASPN 13129AB	Lic S. Ch	CS SBV
	3a.	6 meses	05	02	2020	6m	ASPB1 248D	Lic N.T	CS SBV

Otras vacunas

Tipo Vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres y apellidos del vacunador	Establecimiento de Salud
			día	mes	año				
****DT pediátrica	1a.	Captación							
	2a.	2 meses después de 1a. dosis DT							
	3a.	6 meses después de 2a. dosis DT							
*****Hepatitis B	1a.	Captación							
	2a.	2 meses después de 1a. dosis HB pediátrica							
	3a.	6 meses después de 2a. dosis HB pediátrica							

* Podrá vacunarse hasta los 11 meses 29 días

** La segunda dosis podrá administrarse hasta los 8 meses de edad

*** IPV a todos los niños sin antecedente vacunal y de cualquier edad (1ª dosis); 2ª y 3ª dosis con OPV - Refuerzo con OPV

****DT solo ante casos de reacción anafiláctica a la vacuna pentavalente que incluye componente DPT

*****HB pediátrica (solo ante casos de reacción anafiláctica a la vacuna pentavalente que incluye componente DPT)

Esquema de vacunación niñas de 12 a 23 meses

Tipo Vacinas	Dosis	Edad optima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres y apellidos del vacunador	Establecimiento de Salud
			día	mes	año				
SRP	1a	12 meses	06	08	20	1a 1m	01281924	L. S. S. S. S.	C.S. S. S.
	2a	18 meses	11	02	21	1a 6m	01281924	L. S. S. S.	C.S. S. S.
Fiebre amarilla	1	12 meses	06	08	20	1a 1m	2205414	L. S. S. S.	C.S. S. S.
Variola	1	15 meses	12	11	20	1a 3m	101047	Dr. Enrique	C.S. S. S.
DPT	4a	18 meses	12	03	21	1a 7m	20242028	L. S. S. S.	T.B.S.
OPV	4a	18 meses	11	02	21	1a 6m	18099 116	L. S. S. S.	C.S. S. S.

Otras vacunas

Influenza		05-02-2020		05-03-2020					
Rotavirus		07/02/21		10		100-6-0202			C.S. S. S.
Meningococo		11-02-2021	15777	2021					

Observaciones: Letanía 30/3/2021 30/Septiembre/2021

Control de crecimiento y desarrollo de las niñas de 12 a 23 meses

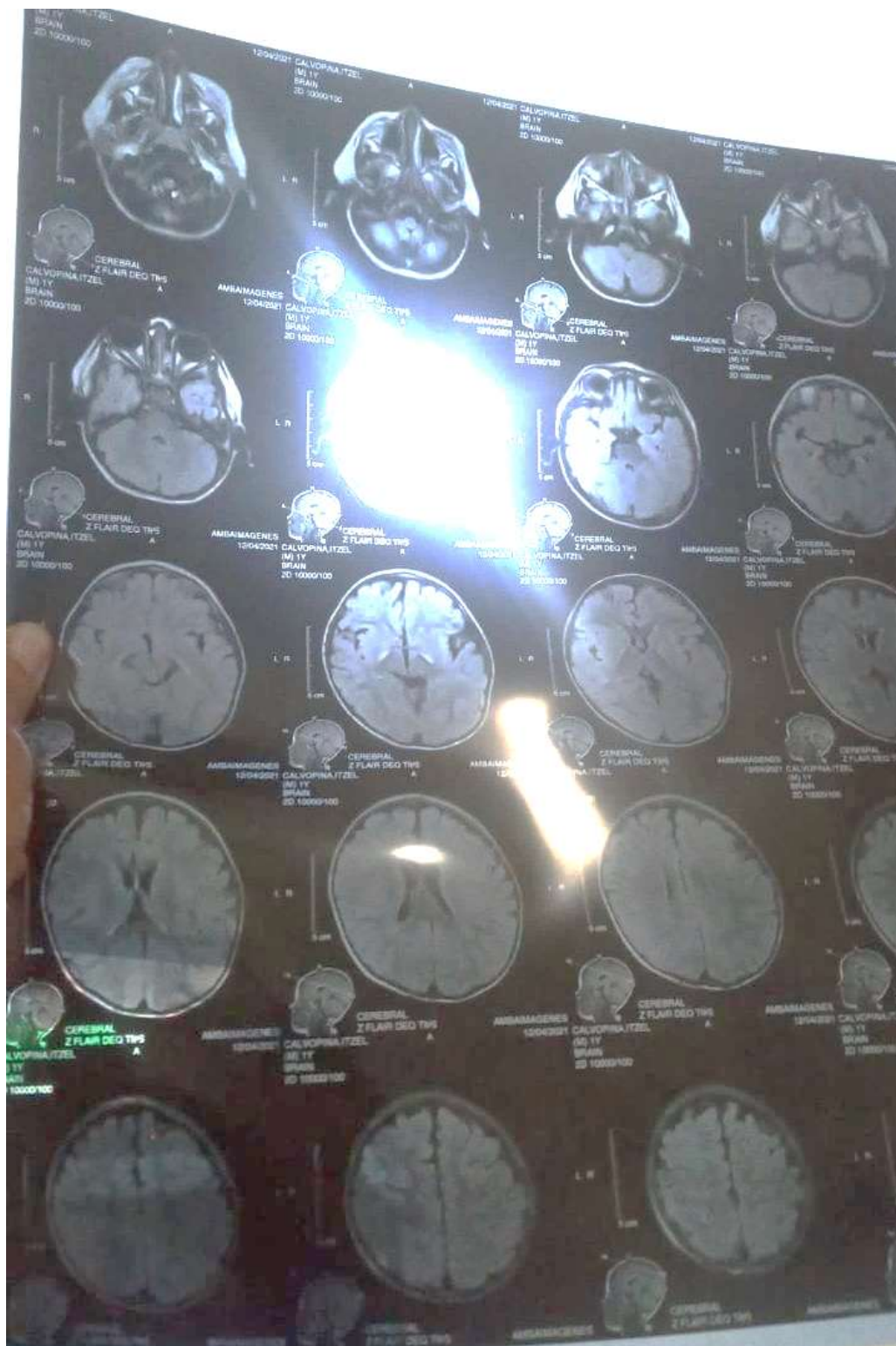
Fecha día, mes, año	Meses	Peso (kg)	Longitud (cm)	Perímetro cintura (cm)	Hemoglobina (g/dl)	Alimentación			Observaciones	
						Lactancia materna	Leche estéril	Comida sólida		
08/12/20	10	10.4	74	44			+	+	+	
10/01/21	11	10.5	76.3	44			+	+	+	
02/03/21	12	10.5	77	44			+	+	+	

RESUMEN SEGUNDO AÑO

Vacunación completa:	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Estado Nutricional:	<input checked="" type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Bajo peso <input type="radio"/> Alto peso <input type="radio"/> Subnormal/obeso	Hilaz del desarrollo:	Salta con los dos pies: <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Tanque visual:	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Antropometría:	<input checked="" type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Bajo peso <input type="radio"/> Alto peso <input type="radio"/> Subnormal/obeso	Describe la acción que realiza el perro:	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Tanque auditivo:	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Avencia:	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Suplementación con hierro:	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No				
Cuáles de salud según norma* *Mínimo (4 consultas)	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No				



Anexo 16 Imagen de resonancia magnética de cerebro



Anexo 17 Segundo informe médico-imagen de resonancia magnética de cerebro

MBAimágenes

• Ecografía General • Mammografía • Ultrasonido • Doppler Color • Ultrasonido
• Rayos X • Tomografía Multislice (CT) • Resonancia Magnética

**IRM SIMPLE DE CEREBRO
HIES LATAACUNGA
12 de abril de 2021**

INFORME:
Se realizan cortes sagitales, axiales y coronales en secuencias T1, T2, DP observándose:

Discreto adelgazamiento de sustancia gris con dilatación de surcos y cisternas en región frontal bilateral, que incluye circunvoluciones precentrales.
Cisura interhemisférica en posición central. Demas circunvoluciones cerebrales normales con intensidad de señal adecuada y relaciones sustancia gris/sustancia blanca conservada.
Sistema cisterno ventricular dentro de límites normales. Sin signos de alteración del flujo del LCR.
El tronco cerebral y el cerebelo no presentan evidencia de alteraciones de señal de origen patológico.
Angulos pontocerebelosos sin alteraciones en la intensidad de señal.
La silla, la hipófisis y las estructuras paraselares son normales.
Disposición normal y neumatización libre de los senos paranasales y las celdillas mastoideas.

CONCLUSIONES:

1. *Atrofia cortical bifrontal*


Dr. Mauricio Cabrera Arias
Médico Radiólogo
CIMA IMAGENES

**DR. MAURICIO CABRERA
MD. IMAGENOLOGO
CIMA IMAGENES**

z Quiz 1370 entre Cañarís y Calicuchima
p. 032400240 - 032400241 - 032400242
Emergencias. 0994650957

El contenido del reporte médico es de exclusiva responsabilidad del profesional que firma

Anexo 18 Anamnesis del Centro de Estimulación Multisensorial y Temprana "CEMS-JL"

CEMS JL CENTRO DE ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL Y TEMPRANA

ANAMNESIS

N° de historia :
Fecha de elaboración : 21-04-2011

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres :
Fecha y Lugar de nacimiento :
Edad (años y meses) :
Grado de instrucción :
Informante(s) :

	Nombre y Apellidos	Edad	Grado de instrucción	Ocupación
Padre :				
Madre :				
Hermanos :				

II. MOTIVO DE CONSULTA

1. ¿Cuál es el motivo de la consulta?
Retraso en el desarrollo psicomotor.

2. ¿Quién le refirió?
Padre.

Enfermedad actual
Convulsión Convulsión Infantil

- Tiempo de inicio : (1) años (4) meses () días
- Forma de inicio : (x) brusca () insidiosa () nacimiento
- Signos y síntomas principales : Rigidez en miembros superiores e inferiores
- Tratamientos farmacológicos (utiliza medicamentos necesarios u obligatorios, especificar cuáles, ips, dosis, horarios y método administración del o los medicamentos que utiliza)
Galatrate 150

III. HISTORIA EVOLUTIVA:

1. PRE-NATAL

- ¿Cuál el número de embarazo con su hijo? 2
- ¿Cómo fue su embarazo o gestación (condiciones)? Síntomas, problemas, duración, Normal hasta las 9 meses (12 semanas), presencia náuseas en aborto, duración hasta la semana 24.
- ¿Fue planificado o deseado? X
- Tipo de control (médico X, partera empírico)
- Enfermedades durante el embarazo, dificultades y/o accidentes, Ingesta de medicamentos, Rayos X, Diabetes gestacional
- Ingesta de alcohol, tabaco, drogas y/o anticonceptivos Ninguna
- ¿Pérdidas? Causas NO

2. PERINATAL

Tiempo de gestación: 36.3 semanas

Complicaciones: Ninguna

Tipo de parto... cutáneo cefalovaginal

- ¿Se utilizó anestesia? SI / NO Local general ? Uso de instrumentos: Fórceps Vacuum , etc . ¿Por qué?
- Presentación del recién nacido (Peso y altura). 3265g 47.5cm
- Llanto al nacer coloración ¿necesitó reanimación con oxígeno o incubadora ? ¿Por cuánto tiempo?
- Edades de los padres, al momento de nacer el/la niño/a. PAPA 25 MAMÁ 25

3. POST - NATAL

- Malformaciones SI / NO, ¿Cuáles?
- Lactancia materna SI / NO. Dificultades en la succión SI / NO
- Dificultades después del parto SI / NO Hiperbilirubinemia e incompatibilidad de sangre.

IV. HISTORIA MÉDICA

- Estado de salud actual
- Principales enfermedades, Medicamentos consumidos Parálisis Cerebral Espástica, Quadriplejía, Secuere de ojo izquierdo, hipovisión profunda bilateral.
- Accidentes, golpes en la cabeza con pérdida de conocimiento convulsiones , mareos . ¿Qué edad tenía el niño? ¿Cómo fue atendido?
- Operaciones SI / NO ¿Cuáles? ¿Por qué?
- Exámenes realizados (neuroológico, audiológico, psiquiátrico, psicológico u otros). Resultados Potenciales evocados visuales: Disfunción melínica en la vía visual izquierda. Pleografía métrica / Electrovotometría: hipovisión profunda bilateral.

V. HISTORIA DEL DESARROLLO NEUROMUSCULAR

- Edades para: Levantar la cabeza 2m , sentarse (sin ayuda) , gatear , pararse (sin ayuda) y caminar
- Dificultades, tendencia a caerse o golpearse SI / NO
- Presencia de movimientos automáticos: balancearse ¿Otros? movimientos agitados: sacude los brazos estruja las manos ¿En qué momento? ¿Con qué frecuencia?
- Habilidades para correr , saltar pararse sobre un pie , desplazarse saltando sobre un pie .
- Dominancia lateral manual. IZQUIERDA/ DERECHA

VI. HISTORIA DE LA HABILIDAD PARA HABLAR

1. HABLA

- ¿A qué edad su hijo balbuceó? 2m ¿Las primeras palabras? ¿Cuáles?
- ¿De qué manera se hace entender Ud. por su hijo? (gestos gritos hablando llevando de la mano balbuceando otros). ¿Con que frecuencia utiliza el habla?
- Dificultades para pronunciar (omisión , sustitución distorsión de fonemas) ¿Cómo es su pronunciación, se entiende, articulación trabada? Describir.
- ¿Cuántas palabras decía al año? ¿Cuántas palabras decía al año y seis meses? ¿Cuántas palabras decía a los dos años?
- ¿Cuándo empezó a utilizar frases de 2 palabras? ¿De tres?
- Reacción cuando se le llama por su nombre. Seguimiento auditivo hacia la fuente sonora.
- ¿Se le entiende bien cuando habla en casa? SI / NO ¿Con otros niños? SI / NO ¿Con las familiares? SI / NO
- ¿La sonrisa tiene valor comunicativo? SI / NO ¿La expresión facial? SI / NO ¿Responde cuando se le habla? SI / NO.
- Habla demasiado, rápido , lento , normal
- ¿Su voz es normal , alterada ? ¿De qué tipo? ¿Grita al hablar?

2. MOVIMIENTOS DE LA ZONA ORAL

- Uso del biberón, consumo de alimentos líquidos, pastosos y sólidos ¿Come bien? ¿Qué come con más frecuencia? Guineo - trozos sólidos / Frutas dulces

- Masticación. (hábitos de masticación: morder objetos, onicofagia, bruxismo) ¿Come con los labios cerrados o abiertos? Con los labios abiertos
- Oclusión (buena mala) ¿Recibe tratamiento ortodóncico u odontológico
- Babea: ¿Al dormir, comer, en todo momento? SI / NO
- Dificultades para respirar (enfermedades a la vía respiratoria, alergias, resfriados frecuentes, asma, etc.)
- Dificultades en los movimientos de la boca, SI / NO

VII. FORMACIÓN DE HABITOS

1. ALIMENTACIÓN

- Lactancia recibió su hijo ¿materno artificial ? ¿Durante cuánto tiempo la recibió? 12m
- ¿A qué edad aparecieron los primeros dientes a su hijo 6m empezó a darle alimentos sólidos? a los 12 meses
- Habilidades para comer. ¿Requiere ayuda? SI / NO ¿Usa cubiertos? SI / NO
- ¿Su hijo tiene apetito? SI / NO ¿Cuántas comidas recibe al día? 6 ¿Cómo son? ¿Por qué? Cada 2 horas, porciones pequeñas

2. HIGIENE

- ¿A qué edad su hijo comenzó a controlar la orina? (diurna -nocturna)
- ¿Su hijo, pide cuando quiere hacer sus necesidades? SI / NO
- ¿Su hijo se asea solo? SI / NO. SI, requiere ayuda, ¿cómo?

3. SUEÑO

- Sueño. Duración 5h, uso de medicamentos (edad, frecuencia)
- Temores nocturnos
- ¿Cuando su hijo está dormido: habla grita se mueve transpira camina
- ¿Se resiste a acostarse a un horario determinado? SI NO

4. INDEPENDENCIA PERSONAL

- ¿Su hijo hace mandados? ¿Dentro del hogar? ¿Fuera del hogar? (barrio)
- ¿Su hijo ayuda en casa? ¿Qué hace? ¿Tiene responsabilidades?
- Disciplina en el hogar: existencia de normas, castigos y premios, quienes lo ejecutan. ¿Es constante?
- Independencia para vestirse, atarse los zapatos, otros

VIII. CONDUCTA

- Conductas Inadaptativas:

¿Se come las uñas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
¿Se succiona los dedos?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
¿Se muerde el labio?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
¿Le sudan las manos?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
¿Le tiemblan las manos y piernas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
¿Agrede a las personas sin motivo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
¿Se le caen las cosas con facilidad?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
- Problemas de alimentación , sueño , concentración , Indisciplina (irritabilidad, hiperactividad) , Otros
- Carácter del niño

IX. JUEGO

- ¿Su hijo juega solo? ¿Por qué? ¿dirige o es dirigido?



CENTRO DE ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL Y TEMPRANA

- ¿Qué juegos prefiere su hijo? ¿Cuáles son sus juguetes preferidos?
Juegos
- ¿Prefiere jugar con niños de su edad, con mayores o niños menores a su edad?
Juego con sus padres
- ¿Cuáles son las distracciones principales de su hijo? Uso del tiempo libre, Deportes.
- Conductas en el juego con otros niños: agresividad, ausencia del deseo del contacto.

X. HISTORIA EDUCATIVA

- Inicial: Edad , adaptación dificultades
- Primaria, secundaria: edad, rendimiento, dificultades (especificar), nivel de adaptación.
- Opinión de parte del niño, hacia el colegio, hacia el profesor, de sus compañeros, de las tareas.
- Opinión del profesor.
- ¿Ha recibido algún servicio especial?: logopedia , refuerzos ¿Desde cuándo? frecuencia

XI. OPINION Y ACTITUDES DE LOS PADRES CON RELACIÓN AL HIJO

- Reacción de los padres: rechazo vergüenza indiferencia aceptación preocupación
- Creencias sobre el problema, sentimientos de culpa, etc. *Sentimiento de culpa, madre manifiesta que era sensuosa de proteger y cuidar a su hijo siempre.*
- Uso del castigo: ¿Cómo, con qué frecuencia? Reacción del niño
- Comportamiento del niño con los padres, hermanos, amigos, otros. Apego del niño, ¿hacia quien? *Apego hacia la madre.*

XII. ANTECEDENTES FAMILIARES

- Si /No. (Especificar enfermedades psiquiátricas, problemas del habla, dificultades en el aprendizaje, epilepsias, convulsiones, retardo mental, otros).
- Carácter de los padres. Relación de pareja. *Muy buena.*

OBSERVACIONES DURANTE LA ENTREVISTA

FIRMA DEL REPRESENTANTE

FIRMA DEL ENTREVISTADOR

Anexo 19 Entrevista

ENTREVISTA

OBJETIVO:

- Obtener información sobre las etapas prenatal, perinatal y posnatal que permita sustentar el caso clínico de la paciente.

1. LUGAR DE RESIDENCIA

.....
.....

2. ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES SE REALIZÓ?

.....
.....

3. ¿DÓNDE SE HIZO LOS CONTROLES PRENATALES?

.....
.....

4. ¿DURANTE EL EMBARAZO CONSUMIÓ ÁCIDO FÓLICO, VITAMINAS, HIERRO, ETC.?

.....
.....

5. ¿CÓMO FUE LA ALIMENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO?

.....
.....

6. ¿TUVO COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO?

.....
.....

7. ¿DURANTE EL EMBARAZO TUVO EXPOSICIÓN A QUÍMICOS AGRÍCOLAS? ¿CONSUMIÓ DROGAS, ALCOHOL, CIGARRILLO O MEDICAMENTOS?

.....
.....

8. ¿TUVO COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO?

.....
.....

9. ¿TUVO COMPLICACIONES DESPUÉS DEL PARTO?

.....
.....

10. ¿CÓMO FUE LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA DESDE EL NACIMIENTO HASTA LA ACTUALIDAD?

.....
.....

11. ¿CÓMO FUE EL DESARROLLO DE LA NIÑA? DESCRIBIR LOS HITOS DE DESARROLLO.

Área motriz grueso

- Control cefálico:.....
- Sedestación:.....
- Gateo:.....
- Bipedestación con apoyo:.....

Área motriz fino

- Llevarse las manos a la línea media:.....
- Dirigir la mano hacía un objeto:.....
- Abrir y cerrar manos voluntariamente:.....

Área del lenguaje

- Sonidos guturales:.....
- Balbuceo:.....
- Dice “papa” “mama” no específicos:.....
- Pronuncia más de una palabra clara:.....

Área personal social

- Sonrisa social:.....
- Se calma cuando la cargan:.....
- Reconoce la voz y el rostro de la madre:.....
- Ríe a carcajadas:.....
- Responde a su nombre:.....

Área cognitiva

- Seguimiento visual:.....
- Seguimiento auditivo:.....

- Busca un juguete escondido:.....

12. SIGNOS DE ALARMA QUE OBSERVARON EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LA NIÑA (RETRASO DEL DESARROLLO)

.....
.....

13. PRIMER LUGAR AL QUE ACUDIERON CUANDO NOTARON RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LA NIÑA, ESPECIALISTA QUE BRINDO LA ATENCIÓN

.....
.....

14. ¿FUE REMITIDO A OTROS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD?

.....
.....

15. ¿REALIZARON TRÁMITES CON EL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS, ETC. PARA LAS TRANSFERENCIAS A OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD? SEGÚN HAYA SIDO EL CASO.

.....
.....

16. ¿A QUÉ INSTITUCIONES ACUDIERON DESDE EL PRIMER DIAGNÓSTICO HASTA LA ACTUALIDAD?

.....
.....

17. ¿CÓMO FUE LA ATENCIÓN EN LAS DIFERENTES INSTITUCIONES DE SALUD A LAS QUE ACUDIERON?

.....
.....

18. ¿ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES?

.....
.....

19. NÚMERO DE GESTAS (VIVAS, INCLUYENDO ABORTOS SI FUERA EL CASO)

.....
.....

20. EN EL CASO QUE TENGA MÁS DE UNA GESTA ¿TUVO COMPLICACIONES EN LAS GESTAS ANTERIORES O POSTERIORES, YA SEA DURANTE EL EMBARAZADO, PARTO O DESPUÉS DEL MISMO?

.....
.....

21. ¿DESDE QUÉ EDAD ACUDE SU HIJA A TERAPIAS?

.....
.....

22. ¿QUÉ TIPO DE TERAPIAS RECIBE SU HIJA Y EN QUÉ INSTITUCIONES?

.....
.....

23. ¿QUIÉN SE ENCARGA DE LOS CUIDADOS DIARIOS DE LA NIÑA?

.....
.....

24. ¿CÓMO ES LA SITUACIÓN DE LA FAMILIA ANTE LA CONDICIÓN ACTUAL DE LA NIÑA?

.....
.....

25. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA FAMILIA (INGRESOS, GASTOS, SERVICIOS BÁSICOS DE LA CASA, UBICACIÓN DEMOGRÁFICA)

.....
.....

Miniguano Barrionuevo Gabriela Stephany

C.I.: 1805023460

Anexo 20 Test Haizea-Llevant aplicación pre-test

Pre-test



Anexo 3. Tabla de desarrollo Haizea-Llevant (0-5)^{151,152}. Colores modificados de la tabla original


	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58				
SOCIALIZACION																																							
LENGUAJE Y LOGICA MATEMATICA																																							
MANIPULACION																																							
POSTURAL																																							

Normas de Interpretación de la Tabla de desarrollo HAIZEA-LLEVANT

La tabla está dividida en cuatro áreas: sociabilidad, lenguaje, manipulación y postural con diferentes pruebas para cada una de ellas.

Estas pruebas están representadas en la tabla en forma de barras horizontales de rosa claro y oscuro que indican el porcentaje de niños que ejecutan una acción.

El inicio de la barra (rosa claro ) indica el 50% de los niños, el cambio de color (rosa medio ) indica un 75% y el final de la misma indica que a esa edad el 95% de los niños ya hacen la acción estudiada.

Encontramos también en la tabla unos signos de alerta representados como líneas de color rosa oscuro .

El orden correcto de valoración de la tabla es "leyéndola" de izquierda a derecha y de arriba abajo.

Trazar una raya vertical que corresponda a la edad en meses del niño o niña (ajustado por debajo de 18 meses de edad en aquellos casos de prematuridad).

Preguntar a los familiares y comprobar, en su caso, si realiza:

- a. Aquellos elementos situados a la izquierda de la línea trazada.
- b. Aquellos elementos que dicha línea atraviesa.

El examinador o examinadora valorará la falta de adquisición de dichos elementos, en todas o alguna de las áreas, así como la presencia de signos de alerta, para determinar la necesidad de otros estudios diagnósticos.

Anexo 22 Fotografías



