



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ EN UN NIÑO CON ANOMALÍA CROMOSÓMICA NO ESPECIFICADA DE 2 AÑOS 9 MESES DE EDAD”

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

Autora: Carrasco Ronquillo, Tannia Marivel.

Tutor: Dr. Fernández Soto, Gerardo.

Ambato – Ecuador

Agosto - 2020

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutor del informe de investigación sobre el tema: **“ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ EN UN NIÑO CON ANOMALÍA CROMOSÓMICA NO ESPECIFICADA DE 2 AÑOS 9 MESES DE EDAD”**, de Tannia Marivel Carrasco Ronquillo, estudiante de la Carrera de Estimulación Temprana, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la salud.

Ambato, agosto 2020

EL TUTOR



Dr. Fernández Soto, Gerardo

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Análisis de Caso Clínico sobre:

“ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ EN UN NIÑO CON ANOMALÍA CROMOSÓMICA NO ESPECIFICADA DE 2 AÑOS 9 MESES DE EDAD”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y recomendaciones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, agosto 2020

LA AUTORA



Carrasco Ronquillo, Tannia Marivel.

DERECHOS DE AUTOR

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

Cedo los derechos en líneas 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, agosto 2020

LA AUTORA



Carrasco Ronquillo, Tannia Marivel.

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: “ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ EN UN NIÑO CON ANOMALÍA CROMOSÓMICA NO ESPECIFICADA DE 2 AÑOS 9 MESES DE EDAD”, de Carrasco Ronquillo Tannia Marivel, estudiante de la carrera de Estimulación Temprana.

Ambato, agosto 2020

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1er. VOCAL

2do. VOCAL

DEDICATORIA

*“... los planes del que es trabajador
tendrán buenos resultados...”*

(Prov. 21:5)

*Este análisis de caso dedico a mis
abuelos: Abelardo (+) y Mariana (+)
quienes me enseñaron grandes valores
y a ser perseverante. También a
quienes me ayudaron y confiaron en
mí para culminar con mi tesis y me
dieron ánimo para terminar con mi
meta trazada. Parecía lejano e
imposible, pero ¡Lo logré!...*

Gracias por su paciencia y cariño.

Carrasco Ronquillo Tannia Marivel.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Jehová quien me ha dado la oportunidad de conocerlo y las fuerzas necesarias en momentos que no he podido mantenerme fuerte y leal.

A mis docentes, quienes han sido un pilar importante en este camino de aprendizaje y mediante sus consejos han contribuido a formar una mujer profesional.

A mi tutor, quien me ha brindado sus conocimientos y su apoyo en este trayecto y poder culminar con éxito mi análisis de caso.

A mis padres, quienes me han dado su amor, apoyo incondicional y guiado por las sendas correctas llegando a ser una mujer capaz de dar lo mejor de mí.

A mi hermano, quien ha sido mi ejemplo de superación y dedicación, siempre ha estado junto a mí brindándome su cariño y ánimo para culminar con mis metas.

A mi mejor amigo, quien es una parte importante en mi vida, siempre ha estado pendiente de mí y a pesar de todo lo que hemos vivido me ha brindado su comprensión y cariño; sabemos que podemos confiar el uno del otro...

Carrasco Ronquillo Tannia Marivel.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	viii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	1
RESUMEN.....	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. OBJETIVOS	8
2.1. OBJETIVO GENERAL	8
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3. DESARROLLO	9
3.1. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	9
3.2. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES	10
3.3. IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE.....	13
3.4. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO	13
3.4.1. Datos de filiación	13
3.4.2. Antecedentes patológicos.....	13
3.4.3. Antecedentes prenatales	13
3.4.4. Antecedentes natales	14
3.4.5. Antecedentes postnatales	14

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	20
3.5. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	21
3.5.1. Oportunidad en la solicitud de consulta.....	21
• Hospital Provincial Docente “Ambato”.....	21
• Hospital Pediátrico “Baca Ortiz”.....	21
• Hospital Metropolitano.....	21
• Centro de Salud N°1.....	21
3.5.2. Acceso.....	21
3.5.3. Características de la atención.....	22
3.5.4. Oportunidades de la readmisión.....	22
Test Denver II.....	22
Resultados de la evaluación del Test de Denver II:.....	23
Resultados obtenidos de la aplicación del Test de Denver II:.....	24
3.6. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.....	25
3.7. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	26
4. PROPUESTA DEL TRATAMIENTO ALTERNATIVO.....	28
4.1. Fundamentación teórica de la propuesta.....	28
4.1.1. Estimulación temprana.....	28
4.1.1.1. ¿Qué es la estimulación temprana?.....	28
4.1.1.2. Objetivos.....	28
4.1.1.3. Beneficios.....	29
4.1.1.4. Factores importantes de la Estimulación temprana.....	29
4.1.1.5. Sugerencias para la estimulación temprana.....	30
4.1.1.6. Importancia.....	30
4.1.1.7. Componentes de la Estimulación temprana.....	30
4.1.2. Anomalía cromosómica no especificada.....	31

4.1.2.1.	Simbología según el CIE 10	32
4.1.2.2.	Detección	32
4.1.2.3.	Causas	33
4.1.2.4.	Problemas que pueden causar las anomalías cromosómicas	33
4.1.3.	Desarrollo psicomotriz	33
4.1.3.1.	Factores de riesgo en el desarrollo psicomotriz.....	34
4.1.3.1.1.	Factores de riesgo neurológicos.....	34
4.1.3.1.2.	Factores de riesgo auditivo	34
4.1.3.1.3.	Factores de riesgo visual.....	34
4.1.3.1.4.	Factores de riesgo psicosocial.....	35
4.1.3.2.	Características del desarrollo psicomotriz	35
4.1.3.3.	Desarrollo psicomotriz de 2 a 3 años.....	35
4.2.	Propuesta del plan de Estimulación temprana	36
4.3.	Plan de Estimulación temprana.....	36
5.	CONCLUSIONES	49
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
	Bibliografía.....	50
	Linkografía	50
	Citas bibliográficas bases de datos UTA.....	52
	Anexos	53
	Anexo 1. Consentimiento informado.....	53
	Anexo 2. Entrevista.....	54
	Anexo 3. Datos del recién nacido	59
	Anexo 4. Carnet de vacunación	60
	Anexo 5. Ecografía transfontanelar	63
	Anexo 6. IRM simple de cerebro.....	64
	Anexo 7. RM simple de SPN.....	65

Anexo 8. Formulario de referencia - Hospital de especialidades FF.AA N°1	66
Anexo 9. Informe de video-electroencefalograma	69
Anexo 10. Formulario de referencia - Hospital de especialidades FF.AA N°1 ..	70
Anexo 11. Servicio de cardiología Hospital “Baca Ortiz”	71
Anexo 12. Hospital Pediátrico “Baca Ortiz”. Informe médico. Dirección Nacional de Discapacidades	72
Anexo 13. Centro de Salud Vicentina. Formulario de referencia, derivación, contra referencia y referencia inversa MSP	74
Anexo 14. Evaluación del Test de Denver II. Centro de Salud N°1	75
Anexo 15. Hojas de evolución - Centro de Salud N° 1 (Ingahurco).....	76
Anexo 16. Certificado de atención médica neuropediátrica	78
Anexo 17. Peso y talla – Hospital Metropolitano.....	79
Anexo 18. Hojas de evolución y exámenes - Hospital metropolitano.....	80
Anexo 19. Hospital Pediátrico “Baca Ortiz”. Informe médico. Dirección Nacional de Discapacidades	92

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

Tema: “ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ EN UN NIÑO CON ANOMALÍA CROMOSÓMICA NO ESPECIFICADA DE 2 AÑOS 9 MESES DE EDAD”

Autora: Carrasco Ronquillo, Tannia Marivel

Tutor: Dr. Fernández Soto, Gerardo.

Fecha: febrero, 2020

RESUMEN

La mayoría de las células del cuerpo tienen 23 pares de cromosomas es decir, 46 cromosomas en total pero, en el periodo del embarazo puede ocurrir que en la primera etapa de desarrollo no tenga el total de cromosomas. La anomalía cromosómica puede tener diferentes factores como la edad de la madre o factores del medio ambiente que pueden ocurrir que exista una aparición de errores congénitos. Uno de cada 200 niños nace con una anomalía cromosómica. No existe una causa específica acerca de esta anomalía, pero la Organización Mundial de la Salud menciona que uno de los factores es de causa genética como la consanguineidad afectando todo el desarrollo psicomotriz por lo que el CIE-10 lo asigna en el listado de Otras anomalías no clasificadas bajo otro concepto como simbología Q99.9 (Anomalía cromosómica, no especificada).

Durante el estudio de caso clínico de un paciente de 2 años 9 meses con anomalía no especificada, se pudo observar un retraso en todo su desarrollo psicomotriz principalmente en el área motriz y lenguaje. En el Centro de Salud N°1 se evaluó con el Test de DENVER II con resultado anormal. Una vez obtenido toda la información se procede a realizar un plan de estimulación temprana enfocada en el desarrollo psicomotriz de acuerdo a la edad cronológica del paciente con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia.

PALABRAS CLAVES: ANOMALÍA CROMOSÓMICA NO ESPECIFICADA, ESTIMULACIÓN TEMPRANA, DESARROLLO PSICOMOTRIZ.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

EARLY STIMULATION

Topic: "EARLY STIMULATION IN PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT IN A CHILD WITH AN UNSPECIFIED CHROMOSOMAL ABNORMALITY OF 2 YEARS 9 MONTHS OLD"

Author: Carrasco Ronquillo, Tannia Marivel

Tutor: Dr. Fernández Soto, Gerardo.

Date: February 2020

ABSTRACT

Most of the cells of the body have 23 pairs of chromosomes, that is to say, 46 chromosomes in total, but in the period of pregnancy it may happen that in the first stage of development it does not have all the chromosomes. The chromosomal abnormality can have different factors such as the mother's age or environmental factors that may occur with the appearance of birth defects. One in 200 children is born with a chromosomal abnormality. There is no specific cause for this anomaly, but the World Health Organization mentions that one of the factors is genetically caused, such as inbreeding, affecting all psychomotor development, which is why the ICD-10 assigns it in the list of other anomalies. not elsewhere classified as Q99.9 symbology (Chromosomal abnormality, unspecified).

During the study of the clinical case of a 2-year-9-month-old patient with an unspecified abnormality, a delay in all his psychomotor development could be observed, mainly in the motor and language areas. At the Health Center N°1 it was evaluated with the DENVER II Test with an abnormal result. Once all the information has been obtained, an early stimulation plan is carried out focused on psychomotor development according to the patient's chronological age in order to improve the quality of life of the patient and his family.

KEY WORDS: UNSPECIFIED CHROMOSOMAL ABNORMALITY, EARLY STIMULATION, PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT.

1. INTRODUCCIÓN

El presente análisis clínico tiene como finalidad dar a conocer la evolución del paciente de 2 años 9 meses de edad con diagnóstico de Anomalía Cromosómica no especificada y el efecto de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotriz mediante la recopilación de información en las instituciones que ha sido atendido, teniendo en cuenta la valoración en su desarrollo y la propuesta de un plan alternativo de tratamiento de estimulación temprana basado en el estado actual del niño.

La anomalía cromosómica llamada también defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas; dependiendo del tipo de anomalía se puede clasificar en anomalías estructurales o funcionales que se pueden detectar en el embarazo, en el parto o en un momento posterior de su vida. Cada año 303000 niños mueren a las primeras cuatro semanas, siendo una cifra elevada a nivel mundial. Organización Mundial de la Salud (OMS) 2016.

La anomalía cromosómica no especificada, según estudios recientes evidencian que uno de cada 200 niños nace con algún tipo de anomalía cromosómica. La gran mayoría de embriones no concluyen el embarazo o acaban en aborto, pero, los embriones que sobreviven pueden llegar a tener una patología.

El CIE-10 lo asigna en el listado de Otras anomalías cromosómicas no clasificadas bajo otro concepto con simbología Q99.9 (Anomalía Cromosómica No Especificada), al no ser reconocida una causa específica acerca de esta anomalía, la Organización Mundial de la Salud menciona que unos de los factores es de origen genético como la consanguinidad, infeccioso o ambiental aumentando la prevalencia en anomalías cromosómicas, de las cuales existen factores que afectan el desarrollo de niños y deben ser identificados para determinar el peligro que se enfrenta en un inadecuado crecimiento, enfermar o en una desnutrición, y en consecuencia proporcionar la atención especial que se requiere.

Las anomalías cromosómicas provocan discapacidades físicas y/o mentales que suelen ser de carácter grave y en ciertos casos afectando al paciente de por vida teniendo un gran impacto en su familia, en los sistemas de salud y la sociedad.

En un estudio realizado en una comunidad en Valencia se identificó 895 casos de anomalías cromosómicas teniendo una prevalencia de 33,5 por 10000 nacimientos, a su vez las cardiopatías congénitas eran una de las causas más asociadas a esta anomalía con un 70,3% y el grupo de edad de madres mayores era de 39 años de edad. (Gimeno-Martos, y otros, 2016)

Los trastornos congénitos más frecuentes en este tipo de anomalías son las malformaciones cardíacas y defectos del tubo neural siendo posible prevenir con la vacunación, ingesta de ácido fólico y yodo mediante el enriquecimiento de los alimentos básicos o suplementos alimenticios, así como también los cuidados prenatales adecuados.

El diagnóstico para determinar una anomalía cromosómica en el feto es mediante la prueba de detección de anomalías cromosómicas (opcional) y por medio de dos pruebas: Prueba de detección secuencial (ultrasonido y extracción de sangre antes de las 14 semanas) y Prueba de detección del marcador cuádruple pantalla (extracción de sangre después de las 15 semanas).

Es importante realizar un diagnóstico precoz con enfoque multidisciplinario para disminuir el riesgo que puede presentar en la salud de niños/as debido a que la tasa de mortalidad es considerable y es un grave problema a nivel mundial.

2. OBJETIVOS

2.1.OBJETIVO GENERAL

- Proponer un plan de Estimulación Temprana para el desarrollo psicomotriz en un niño con anomalía cromosómica no especificada de 2 años 9 meses

2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el caso clínico de un niño con anomalía cromosómica no especificada de 2 años 9 meses.
- Identificar el nivel del desarrollo psicomotriz en relación a la edad cronológica del niño con anomalía cromosómica no especificada de 2 años 9 meses.
- Establecer actividades de Estimulación Temprana para un niño con anomalía cromosómica no especificada de 2 años 9 meses.

3. DESARROLLO

3.1.PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso clínico de un paciente mestizo, de sexo masculino con edad cronológica de 2 años 9 meses, nacionalidad ecuatoriana, nacido el 11 de junio del 2016 en el Hospital Básico Privado Virgen del Cisne ubicado en la provincia de Tungurahua, cantón Ambato; presentó un peso de 2970 gr, talla 47cm, perímetro cefálico 35 cm y con un Apgar de 8-9, grupo sanguíneo Rh Positivo; reside actualmente en Huachi Loreto, embarazo deseado.

Madre de 35 años de edad, nacido a las 38 semanas de gestación, gestas 5, parto por cesárea debido a que sus anteriores partos fueron cesáreas y decide hacerse la ligadura tubárica, presenta problemas en el último trimestre de embarazo debido a una amenaza de aborto por lo que recibe maduración pulmonar llegando a término sin sufrimiento fetal.

A los 6 meses de edad presenta sinusitis crónica maxilar bilateral, a los 10 meses presenta Persistencia del Conducto Arterioso (PCA), dismorfia facial, retraso postural que afecta al peso y talla, cardiopatía congénita y retraso psicomotriz donde se le diagnostica otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio (CIE-10 Q28), se le solicita un cariotipo convencional y un electroencefalograma. Al año 2 meses se realiza un electroencefalograma con resultado anormal por la presencia de leve actividad multifocal de predominio bilateral.

Al año 6 meses se le diagnostica Ductus Arterioso pequeño a mediano sin repercusión hemodinámica. A los 2 años 6 meses se le diagnostica Conducto Arterioso Permeable (CIE-10 Q250). A los 2 años 7 meses se le diagnostica con Parálisis Cerebral Infantil Hipotónica Gross Motor Function Clasification System III/V, Retraso Global del desarrollo, Síndrome de Apnea Obstructiva y Persistencia del Conducto Arterioso. A los 3 años 4 meses se le diagnostica con Anomalía cromosómica no especificada (CIE-10 Q99.9) y Falta del desarrollo fisiológico normal separado (CIE-10 R62).

Asiste a terapias de estimulación temprana en casa 3 veces por semana mediante una maestra privada teniendo un avance en su desarrollo.

3.2.RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

Para la realización del análisis clínico a mencionar es mediante el consentimiento informado del representante del paciente (madre del niño) se procede a detallar la información de las siguientes fuentes:

- Carnet de nacimiento del Hospital Básico Privado Virgen del Cisne
 - Datos personales del paciente.
 - Datos antropométricos.

- Carnet de vacunación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador
 - Datos personales del paciente.
 - Registro de vacunas.

- Centro de diagnóstico de imagenología DEXAMED:
 - En el Centro diagnóstico de imagenología DEXAMED se realiza una ecografía transfontaneal con resultado normal.

- Centro de diagnóstico de imagenología AMBAimágenes
 - En el Centro de diagnóstico de imagenología AMBAimágenes se realiza una resonancia magnética cerebral con parámetros normales, pero presenta sinusitis crónica maxilar bilateral.

- Hospital de especialidades Fuerzas Armadas del Ecuador (FF.AA) N°1
 - En el Hospital de especialidades FF.AA N°1 se realiza el estudio citogenético convencional mediante cultivo de linfocitos obtenidos mediante sangre periférica, de bandas G-Tripsina-Giemsa (GTG) y conteo de 20 metafases obteniendo un cariotipo de sexo masculino normal: 46XY, teniendo como diagnóstico Otras malformaciones del Sistema circulatorio (CIE-10: Q28)

- Centro de Enfermedades Neurológicas y Nutricionales de niños y adolescentes (CENNA)
 - En el Centro de Enfermedades Neurológicas y Nutricionales de niños y adolescentes (CENNA) se realiza un electroencefalograma de 24 canales y cámara de alta resolución con resultado anormal por la presencia de leve actividad multifocal de predominio temporal bilateral.

- Hospital de especialidades Fuerzas Armadas del Ecuador (FF.AA) N°1
 - En el Hospital de especialidades FF.AA N°1 se realiza un Cariotipo convencional como diagnóstico presenta Otras malformaciones congénitas del Sistema circulatorio (CIE-10: Q28), a su vez, se recomienda solicitar una interconsulta a cardiología pediátrica y endocrinología pediátrica.

- Hospital Pediátrico “Baca Ortiz”
 - En el Hospital Pediátrico “Baca Ortiz” recibe consulta externa en cardiología y se realiza un ecocardiograma con diagnóstico Ductus Arterioso pequeño a mediano sin repercusión hemodinámica por el momento.

- Hospital Pediátrico “Baca Ortiz”. Subsecretaria Nacional de provisión de servicios de salud. Dirección Nacional de Discapacidades.
 - En el Hospital Pediátrico “Baca Ortiz” se realiza un informe médico de cardiología con su respectivo cuadro clínico y los tratamientos recibidos. Se diagnostica con Conducto Arterioso Permeable (CIE-10: Q250)

- Centro de Salud “La Vicentina”. Formulario de referencia del Ministerio de Salud Pública: Centro de Salud Tipo A, Distrito 18D01

Se realiza visita domiciliaria mediante una médica familiar en la cual deriva al Centro de Salud Tipo A ubicado en Ingahurco al área de terapia de lenguaje

por motivo que no pronuncia palabras en donde recibe estimulación fonética y silábica dependiendo de una previa evaluación.

- Centro de Salud N°1. Tipo A, Distrito 18D01

En el Centro de Salud N°1 se realiza una valoración por Estimulación temprana mediante el Test DENVER II con diagnóstico presuntivo anormal en el cual recibe estimulación del lenguaje mediante actividades que ayuden a mejorar su desarrollo lingüístico.

- Centro de enfermedades neurológicas y nutricionales de niños y adolescentes (CENNA)

En el Centro de Enfermedades neurológicas y nutricionales de niños y adolescentes (CENNA) mediante el neuropediatra se diagnostica con: Parálisis Cerebral Infantil Hipotónica Gross Motor Function Clasification System III/V, Retraso Global del Desarrollo, Síndrome de Apnea Obstructiva y Persistencia del Conducto Arterioso. El pediatra recomienda estimulación temprana y control bimensual.

- Hospital Metropolitano.

- En el Hospital Metropolitano mediante el médico genetista se realiza un informe en el cual menciona que el paciente presenta retardo del crecimiento y desarrollo, cardiopatía congénita e hipotonía teniendo como diagnóstico presuntivo una cromosopatía.
- Mediante la cardióloga pediátrica se puede notar los reportes de ecografías y la sugerencia de realizar una cirugía al paciente por el PCA que presenta.
- El pediatra neonatólogo mediante un ecocardiograma se observa un Conducto Arterioso Permeable, a su vez, presenta retraso psicomotor.

- Hospital Pediátrico “Baca Ortiz”. Subsecretaría Nacional de Discapacidades de Servicios de Salud. Dirección Nacional de Discapacidades.

En el Hospital Pediátrico “Baca Ortiz” se realiza un informe mediante un médico genetista clínico con diagnóstico: Falta del desarrollo fisiológico

normal separado (CIE-10: R62) y Anomalía Cromosómica No Especificada (CIE-10: Q99.9)

3.3. IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE

Para completar con la información obtenida de las historias clínicas y laboratorios se realizó los siguientes procedimientos:

- **Entrevista dirigida a los padres del paciente**

Se realiza una entrevista semiestructurada dirigida a la madre del paciente (tutor legal) en donde consta los datos personales del niño, antecedentes prenatales, antecedentes patológicos familiares, antecedentes personales, antecedentes natales, antecedentes postnatales, alergias, datos básicos del niño, relaciones interpersonales, desarrollo psicomotriz.

3.4. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO

3.4.1. Datos de filiación

Paciente mestizo de sexo masculino, nacido en Ambato el sábado 11 de junio del 2016 a las 17:30H en el Hospital Básico Privado Virgen del Cisne, ubicada en la ciudad de Ambato, provincia de Tungurahua.

3.4.2. Antecedentes patológicos

- Antecedentes patológicos personales: Persistencia del Conducto Arterioso (PCA)
- Alergias: ninguna.
- Antecedentes quirúrgicos: operación del corazón PCA.
- Antecedentes patológicos familiares:
Materna: asma bronquial (Tío)
Paterna: cardiopatías (Abuelo) y cáncer de útero (tía segunda).

3.4.3. Antecedentes prenatales

La madre en el estado gestacional tenía 35 años de edad, mestiza. Cuarto hijo de segundo matrimonio. Menciona que fue un embarazo deseado con complicaciones en el último trimestre. El estado nutricional en la etapa gestacional fue bueno, su

dieta se basó en cereales, vegetales, carnes blancas y rojas, frutas especialmente mango, plátano, manzana, uva y cerezas; se realizó todos los controles médicos sin inconvenientes. En las últimas semanas, la madre tomó medicamento para madurar los pulmones del bebé.

3.4.4. Antecedentes natales

Producto nacido de la cuarta gesta, nacido a las 38 semanas de gestación, parto por cesárea por motivo que en sus anteriores partos fue por cesárea y se realiza una salpingectomía. Las medidas antropométricas del neonato al nacer fueron: Talla 47cm. Peso 2970gr, perímetro cefálico 35cm. APGAR 8-9, O RH Positivo. Nace en el Hospital Básico Privado Virgen del Cisne ubicada en la ciudad de Ambato, provincia de Tungurahua.

3.4.5. Antecedentes postnatales

Lactancia materna hasta los 9 meses combinada con fórmula de inicio Similac-1. A los 6 meses inicia la ablactación con frutas sin azúcar. Al año se integra a la dieta familiar, pero presentaba bajo peso.

La madre refiere los siguientes hitos del desarrollo:

- Control cefálico: 3 meses
- Se sentó: 10 meses
- Gateo: 1 año y medio
- Se paró: 2 años
- Caminó solo: 3 años 4 meses
- Dijo las primeras palabras: 2 años, 7 meses (solo dice mamá a medias, se comunica con gestos y señas)
- No controla esfínteres

A los 3 meses la madre refiere que, al momento del baño, el paciente presenta alteración del estado de la conciencia, con la mirada perdida, de segundos de duración sin reacción alguna, en valoración de pediatría se establece el diagnóstico de síndrome convulsivo. De acuerdo a la literatura mencionada sobre cardiopatías congénitas se puede concluir que tuvo un problema del funcionamiento del corazón de tipo no cianótico. Al ir al Centro de Salud de la Vicentina, la madre no recibe orientación sobre

el desarrollo psicomotriz, por lo que deciden buscar consultorios privados para recibir nuevas orientaciones médicas.

22 de agosto, 2016

A los tres meses de edad, se le realiza una ecografía cerebral a través de fontanela anterior, en cortes coronales y sagitales en el Centro diagnóstico de imagenología DEXAMED teniendo como conclusión una ecografía transfontanelar normal.

24 de diciembre, 2016

A los 6 meses de edad en el Centro diagnóstico AMBAimágenes se le realiza una resonancia magnética simple de cerebro, con cortes sagitales, axilares y coronales en secuencia T1, T2 y FLAIR (Recuperación de la inversión atenuada de fluido del inglés: FLuid-Attenuated Inversion Recovery). Observándose:

- Cisura interhemisférica en posición central. Circunvoluciones cerebrales normales con intensidad de señal adecuada y relaciones sustancia gris/sustancia blanca con proceso de mielinización normal para la edad. Sistema cisterno-ventricular normal. Sin signos de alteración del flujo del líquido céfalo raquídeo. El tronco cerebral y el cerebelo no presentan evidencia de alteraciones de señal de origen patológico. Ángulos ponocerebelosos sin alteraciones en la intensidad de señal. La silla turca evidencia hipofísis de intensidad señal normal. El estudio de resonancia magnética cerebral está dentro de los parámetros normales.
- Presencia de engrosamiento mucoso hipointenso en T1 e hiperintensa en T2 sin niveles líquidos que ocupa los senos maxilares, sin niveles hidroaéreos. Unidades osteomeatales y recesos frontoetmoidales permeables. Septo nasal central. Cornetes normales. Conclusión: sinusitis crónica maxilar bilateral.

25 de abril, 2017

A los 10 meses asiste al Hospital de Especialidades FF.AA N°1 referido del Hospital Provincial Docente “Ambato” para la especialidad de genética médica en la cual se le realiza un resumen del cuadro clínico: paciente de sexo masculino de 10 meses de edad, por asesora genética de Ambato para cariotipo por haber nacido con cardiopatía congénita y dismorfia facial, retraso psicomotriz.

Hallazgos: presenta Persistencia del Conducto Arterioso (PCA), dismorfia facial y retraso pondoestatural, con afección en talla y peso y percentil tercero combinado peso y talla, así como retraso psicomotriz.

Recomendaciones: solicitar interconsulta a cardiología pediátrica y endocrinología pediátrica entre tanto se continúa la evaluación genética.

08 de mayo, 2017

A los 11 meses de edad en el Hospital de Especialidades Médicas FF.AA N°1 el paciente acude a la especialidad de genética médica, referido del Hospital Provincial Docente “Ambato” para cariotipo por haber nacido con cardiopatía congénita, dismorfia facial y retraso psicomotriz. Se realiza un estudio citogenético convencional mediante cultivo de linfocitos obtenidos de sangre periférica, con técnicas de banda G-Tripsina-Giemsa (GTG) y conteo de 20 metafases obteniéndose un cariotipo de sexo masculino normal: 46XY.

Se concluye que no existe una anomalías numéricas o estructurales de los cromosomas identificable, la etiología del retraso generalizado del desarrollo es muy heterogénea pero relacionado con los factores genéticos la causa identificable del retraso, se sugiere sostener la rehabilitación psicopedagógica especializada en el paciente para su mejor inserción social.

A su vez, se recomienda solicitar interconsulta a cardiología pediátrica y endocrinología pediátrica entre tanto se mantiene la evaluación genética. Teniendo como diagnóstico Otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio (CIE-10: Q28).

14 de agosto, 2017

Al año 2 meses en el Centro de Enfermedades neurológicas y nutricionales de niños y adolescentes (CENNA) se realiza el informe de Video-Electroencefalograma utilizando como técnica: un equipo de electroencefalografía de 24 canales y cámara de alta resolución, se colocan electrodos de superficie gold cup, de acuerdo al sistema 10/20, con LF: 50; vel: 30mm/s, impedancia <5mOhms para cada electrodo.

Hallazgos:

- Se observa frecuencia de bases en regiones posteriores entre 3.5 y 4Hz, correspondiente a ritmo delta, siendo anormal para la edad del paciente.
- Pérdida de discreta del gradiente antero-posterior, siendo anormal para la edad del paciente.
- Presencia de brote de hipersincronía hipnagógica, husos de sueño, ondas del vértex y complejos K, correspondientes a etapa I y II del sueño.
- Tras realizar maniobras de activación (hiperventilación, fotoestimulación) no se produce actividad epiléptica anormal.
- Se observan brotes de ondas lentas polimórficas de 6 segundos de localización temporal posterior derecha. Presencia de onda lenta monomórfica frontotemporal izquierda de focos independientes.

Conclusión: video electroencefalograma anormal por la presencia de leve actividad multifocal de predominio temporal bilateral.

08 de enero, 2018

Al año 7 meses en el Hospital Pediátrico “Baca Ortiz” en el servicio de cardiología se realiza un ecocardiograma con resultados:

Situs Sollicitus

Concordancia AV-VA

Conexión normal de venas pulmonares y sistémicas

Aparatos valvulares de morfología y función normal

Ventrículo izquierdo con buena función sistólica

PCA permeable de 6x3mm con cortocircuito izquierda derecha y gradiente pico de 77 mmHg

Flujograma pulmonar tipo I

Gradiente de regurgitación tricuspidea de 23mmHg para una PSAP: 28mmHg

Tabiques íntegros

Arco aórtico libre

Flujo pulsátil en aorta abdominal

No masas no trombos no derrames

ID: Ductus arterioso pequeño a mediano sin repercusión

24 de octubre, 2018

A los dos años 4 meses mediante el informe médico de la Dirección Nacional de Discapacidades se procede a la evaluación médica de cardiología se registra la siguiente información:

- Diagnóstico: Conducto arterioso permeable (CIE-10: Q250)
- Cuadro clínico: cánula respiratorio permanente
- Tratamientos recibidos:

Fecha de inicio de tratamiento: 28 de agosto, 2017

Tratamiento farmacológico: espirinolactona y furosemida

Quirúrgico: cirugía v/s cateterismo

- Secuelas permeables irreversibles: no por cardiología

21 de enero, 2019

A los dos años 7 meses mediante el Formulario de referencia del Centro de Salud de la Vicentina se remite al centro de Salud N°1 tipo A ubicado en Ingahurco en la ciudad de Ambato, para terapia de lenguaje debido a que tiene antecedentes de Persistencia del Conducto Arterioso (PCA) y Síndrome Neurofaciorenal en estudio, debido a que se comunica utilizando un lenguaje monosílabo que no es acorde a la edad.

Centro de Salud N°1 tipo A (Ingahurco)

Febrero, 2019

A los dos años 7 meses en el centro de Salud N° 1, se realiza la evaluación del desarrollo mediante el Test de Denver II en el rango de edad de 2 años 7 meses, con un diagnóstico presuntivo anormal. En la evaluación se evidencia que el niño es expresivo (señas) y colaborativo, presta atención a las actividades, pero depende mucho de la madre. Se realiza actividades de respiración, ejercicios de soplo y discriminación de colores primarios.

A su vez, se realiza actividades de estimulación fonética y silábica, mecanismos orofaciales, lenguaje expresivo y comprensivo. Se diagnostica mediante el CIE-10 F80.0 (Trastorno fonológico)

02 de marzo, 2019

A los dos años 8 meses en el Centro de Enfermedades neurológicas y nutricionales de niños y adolescentes (CENNA) mediante el neurólogo pediatra fue diagnosticado con:

- Parálisis Cerebral Infantil Hipotónica Gross Motor Function Clasification System III/V
- Retraso global del Desarrollo
- Síndrome de apnea obstructiva
- Persistencia del Conducto Arterioso

Se recomienda asistir a terapias de estimulación temprana y control bimensual.

Hospital Metropolitano

29 de marzo, 2019

A los 2 años 9 meses asiste al área de cardiología pediátrica en el que el especialista menciona que en el cardiograma PC O 0,3x0,3cm, PAM 40mmHG. Recomienda que el paciente debe someterse a cirugía.

16 de abril, 2019

A los dos años 10 meses asiste a genética en donde se menciona que presenta retardo del crecimiento y desarrollo, cardiopatía congénita e hipotonía, retraso del desarrollo motriz, desnutrición en talla y peso bajo, parálisis cerebral hipotónica, síndrome de apnea obstructiva y persistencia de conducto arterioso. El estudio genético no revela alteración y en el ecocardiograma presenta conducto arterioso permeable, estimación de presión pulmonar 40mmHg. El diagnóstico presuntivo es de una cromosopatía.

Asiste al pediatra neonatólogo en donde se menciona que presenta retraso psicomotor, cardiopatía en estudio y es referido por presentar Persistencia del Conducto Arterioso (PCA).

29 de octubre, 2019

A los 3 años 4 meses en el Hospital Pediátrico “Baca Ortiz” mediante la Dirección Nacional de Discapacidades en la ciudad de Quito se realiza la Evaluación Médica con un genetista clínico en donde se registra la siguiente información:

Diagnóstico:

Falta del desarrollo fisiológico normal separado (CIE-10: R62)

Anomalía cromosómica no especificada (CIE-10: Q99.9)

Cuadro clínico: Paciente caracterizado por retraso del desarrollo con dismorfia facial y cardiopatía.

Secuelas permanentes e irreversibles: Anomalía cromosómica no especificada (CIE-10: Q99.9)

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

“Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” (OMS, 2016).

El control de crecimiento y desarrollo implica en los factores de riesgo que pueden ser causales o asociados durante la gestación, parto o en los primeros años de vida del niño, afectando de forma transitoria o definitiva, a la cognición y motricidad. Valverde Molina, Mendoza Caballero, & Peralta Reyes (2013)

- Factores de riesgo neurológico:
Antecedentes familiares (cardiopatías)

- Factores nutricionales:
Déficit de la ingesta calórico proteica

- Factores de riesgo psicosocial:
Madre entre 30 a 35 años
Niño hospitalizado frecuentemente

3.5. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

3.5.1. Oportunidad en la solicitud de consulta

- **Hospital Provincial Docente “Ambato”.** La madre refiere demora en el otorgamiento de cita en dicho hospital, tuvo que esperar mucho tiempo para tener un turno, debido al número de pacientes. La atención de parte del personal médico y administrativo tiene falencias a la hora de atender a los usuarios.
- **Hospital Pediátrico “Baca Ortiz”.** La madre refiere que no tuvo inconvenientes ni problemas para acceder a la institución porque le ayudaron en hacer los trámites y acceder a las diferentes consultas médicas.
- **Hospital Metropolitano.** La madre refiere que la atención en una entidad privada es mucho mejor que en una institución pública, porque desde el momento que ingresa existe empatía y fácil acceso a los trámites y consultas médicas.

Al momento de la operación, tuvieron que pagar una cierta cantidad de dinero debido a que el hospital tiene convenio con grupos prioritarios mediante la Fundación Metro fraternidad salvemos vidas.

- **Centro de Salud N°1** la madre menciona que la atención recibida es buena debido a que las terapias y la asesoría por parte del personal de salud de la institución fueron cordiales. El horario de las terapias fueron respetadas y en el tiempo predicho a su vez, la terapeuta le explicaba el refuerzo que debía hacer en casa.

3.5.2. Acceso

Los servicios médicos que recibe el paciente en lo que se refiere a chequeos bimensuales, exámenes de corazón, exámenes de sangre y exámenes cromosómicos se los realiza a nivel privado debido a la rapidez y eficacia de los profesionales que laboran en los diferentes lugares.

Las sesiones de estimulación temprana y terapia de lenguaje han sido brindadas en lugares públicos de forma gratuita.

3.5.3. Características de la atención

En el periodo prenatal la madre refiere que la atención recibida en el tiempo de embarazo fue normal, acudió a todas las citas programadas por el centro de Salud y los chequeos médicos los realizó en el tiempo establecido sin reportar inconvenientes.

En la Clínica Virgen del Cisne durante y después del parto por cesárea tuvieron una atención excelente y eficaz estando al pendiente de la salud de la madre y del paciente.

Los controles, chequeos y exámenes en las instituciones privadas son satisfactorios sin inconvenientes teniendo un trato cordial. Las terapias que recibió y recibe cumple con las expectativas de los padres por que se ha evidenciado logros en su desarrollo psicomotriz.

3.5.4. Oportunidades de la readmisión

Los especialistas que han atendido al paciente refieren que se debe profundizar en la evaluación genética porque hasta el momento se desconoce el síndrome, patología o trastorno.

Se recomienda terapia de estimulación temprana, terapia de lenguaje y terapia física.

Test Denver II

El Test de Denver II es un test psicotécnico que permite evaluar de una forma sencilla el estado del desarrollo físico, intelectual y psicomotor de un niño en sus primeras etapas del desarrollo hasta los seis primeros años de vida. Mide la adquisición de funciones del desarrollo en relación a la edad cronológica del paciente, evaluando de forma rápida el estado de ciertas funciones para definir estrategias y procedimientos del desarrollo psicomotor. (William, Frankenburg, Joshias, Dodds, & Alma, 1970).

El test de Denver II se divide en cuatro áreas del desarrollo:

Área personal–social: evalúa la relación que tiene el niño con el entorno.

Área motor fino–adaptativo: evalúa las habilidades que tienen que ver con la coordinación concentración y destrezas manuales.

Área del lenguaje: evalúa el proceso de adquisición del lenguaje como la evolución de la capacidad de escuchar y comunicarse.

Área motor grueso: evalúa los movimientos y la coordinación corporal.

Este examen tiene 55 ítems, se lo realiza en unos 20 minutos de forma individual y requiere la cooperación activa del niño y el número de ítems dependerá de la edad del paciente a evaluar. Cada ítem debe ser evaluado y se evaluará con una P=Pasa, NP=No pasa, R=Rehusó, SO=Sin oportunidad.

Resultados de la evaluación del Test de Denver II:

Anormal: cuando dos sectores tienen cada uno, dos o más retrasos o no cruza ningún ítem que haya sido aprobado.

Dudoso: cuando un sector tiene dos o más retrasos o uno o más sectores tienen un retraso y el mismo sector de la línea de edad no cruza ningún ítem que haya sido aprobado.

Normal: cuando la actuación no ha sido dudoso ni anormal.

Tabla N°1. Área personal social

Edad	Área	Ítem	Puntaje
2 años, 7 meses	Personal social	Lavarse/secarse las manos	NP
		Cepillarse dientes con ayuda	P

Fuente: base de datos de investigación

Elaborado por: Carrasco, T. (2019)

El paciente cumple con un solo ítem de acuerdo a su edad de cepillarse con ayuda mediante la información recibida por la madre.

Tabla N° 2. Área motor fino adaptativo.

Edad	Área	Ítem	Puntaje
2 años, 7 meses	Motor fino adaptativo	Torre de 6 cubos	NP

Fuente: base de datos de investigación

Elaborado por: Carrasco, T. (2019)

El paciente no cumple con el ítem de torre de 6 cubos debido a que no apila uno encima de otro sin que se caiga.

Tabla N^o 3. Área del lenguaje.

Edad	Área	Ítem	Puntaje
2 años, 7 meses	Lenguaje	Nombrar 4 dibujos	NP
		Habla medio-entendible	NP
		Indicar 4 dibujos	NP

Fuente: base de datos de investigación

Elaborado por: Carrasco, T. (2019)

El paciente no cumple con los ítems relacionados al área de lenguaje debido a que el niño no emite sonidos ni palabras para comunicarse.

Tabla N^o 4. Área motor grande

Edad	Área	Ítem	Puntaje
2 años, 7 meses	Motor grande	Tirar pelota sobre mano	P

Fuente: base de datos de investigación

Elaborado por: Carrasco, T. (2019)

El paciente en el área de motor grande aprueba el ítem de tirar la pelota sobre la mano.

Resultados obtenidos de la aplicación del Test de Denver II:

Mediante el análisis de caso presentado se puede interpretar los resultados obtenidos de acuerdo al test de Denver II por lo que el paciente tuvo un diagnóstico presuntivo anormal porque presenta dos fallos en más de dos áreas.

Sin embargo, en el área motor grande pasa el ítem según la edad de desarrollo y a la edad cronológica, pero, a los 2 años 9 meses se observó un retraso en el desarrollo principalmente en la articulación más no en la comprensión y caminaba con apoyo, presentado un daño principalmente en el área del lenguaje y motriz teniendo un desarrollo de 12 a 18 meses.

3.6.IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

- **Bajo peso y talla**

Existen patrones comunes dentro de la curva de crecimiento que detectan problemas rápidamente y prevenir problemas graves de crecimiento (desnutrición, sobrepeso, obesidad). En América latina más del 50% de menores de cinco años tienen desnutrición y el 80% de la población infantil menor de cinco años muere. Por ende, el desarrollo psicomotor de un niño depende del estado nutricional del mismo. Suárez Sanabria & García Paz (2017)

Actualmente el paciente presenta un peso de 10,2Kg y talla de 82cm, estos resultados no se encuentran dentro de los índices antropométricos normales en relación con la edad del paciente según la OMS.

- **Persistencia del Conducto arterioso**

El conducto arterioso persistente es una abertura constante entre dos vasos sanguíneos principales que salen del corazón. Un conducto arterioso pequeño no causa problemas, pero si este es grande puede permitir que la sangre poco oxigenada fluya en dirección errónea, debilitando el músculo cardíaco y causando una insuficiencia cardíaca. El tratamiento a realizar son controles, medicamentos y el cierre mediante cateterismo cardiaco o cirugía. (MayoClinic, 2018)

- **Retraso global del desarrollo**

El retraso global de desarrollo según el DSM-5 se encuentra entre los trastornos del desarrollo neurológico dentro de un apartado llamado trastornos del desarrollo intelectual. Esta es una categoría diagnóstica provisional novedosa

debido a que el individuo que presenta un retraso en dos o más áreas del desarrollo y este afecta entre el 1 al 3% de los niños. Se diagnostica en menores de cinco años cuando el nivel de gravedad clínica no se puede valorar de forma viable durante los primeros años de vida. (Jarque, 2014)

- **Parálisis Cerebral Infantil Hipotónica Gross Motor Function Clasification System III/V**

La Parálisis Cerebral Infantil Hipotónica Gross Motor Function Clasification System III/V, es poco frecuente siendo un síndrome heterogéneo, caracterizada por una hipotonía muscular con hiperreflexia osteotendinosa que persiste más allá de los 2 a 3 años de edad. Pacientes que tienen esta patología presentan escasa actividad tono postural bajo, con una incidencia entre 1 a 2,5 casos por 1000 niños nacidos en Europa. Este tipo de parálisis provoca lesiones cerebrales en el desarrollo capaces de producir alteraciones en el desarrollo motor del paciente. (P. Armero Pedreira, 2015)

3.7.CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla N°5. Caracterización de las oportunidades de mejora

PUNTOS CRÍTICOS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
Bajo peso y talla	Disminuir la tasa de morbilidad en niños menores de 5 años.	Implementar programas de nutrición dirigida a los padres.
Persistencia del conducto arterioso	Reducir el riesgo en el desarrollo del niño.	Acudir a los tratamientos y los controles médicos.
Retraso global del desarrollo	Proponer un plan de tratamiento de estimulación temprana principalmente en las	Realizar una evaluación adecuada para realizar las actividades de acuerdo al nivel de desarrollo del paciente.

	áreas del lenguaje y motricidad.	
Parálisis Cerebral Infantil Hipotónica Gross Motor Function Classification System III/V	Reducir las complicaciones motoras en el desarrollo del niño.	Acudir a terapia física con el objetivo de mejorar su desarrollo motor.

Fuente: base de datos de la investigación

Elaborado por: Carrasco, T. (2019)

4. PROPUESTA DEL TRATAMIENTO ALTERNATIVO

4.1. Fundamentación teórica de la propuesta

4.1.1. Estimulación temprana

4.1.1.1.¿Qué es la estimulación temprana?

La estimulación temprana es el “conjunto de medios, técnicas y actividades con base científica aplicada de forma secuencial y sistemática. Se emplea en niños desde el nacimiento hasta los seis años”. (Andalucía, 2011)

La OMS define a la estimulación temprana como el conjunto de actividades o motivaciones ambientales que se da al niño de manera secuencial ayudándolo a crecer y desarrollar de una forma saludable fortaleciendo la motricidad fina, motricidad gruesa, lenguaje y socio-afectivo.

En el caso de niños con alguna patología o síndrome, la estimulación temprana forma parte de todo el tratamiento rehabilitador específico de cada niño/a desde un punto visual, sensorial, auditivo, motor, coordinación y equilibrio.

4.1.1.2.Objetivos

- Desarrollar al máximo la capacidades cognitivas, físicas, emocionales y sociales, evitando estados no deseados en el desarrollo y ayudar a los padres en el cuidado y desarrollo del infante. (Andalucía, 2011)
- Aprovechar la capacidad de aprendizaje y adaptación del cerebro.
- Sirve como estrategia para evitar o atenuar riesgos a los que están expuestos o que puedan alterar su evolución normal.
- Adaptar las actividades a la etapa del desarrollo del infante.
- Proporcionar una serie de estímulos repetitivos de manera que potencien sus funciones cerebrales para la adquisición de conocimientos.

En niños que presentan anomalías físicas o psicopatológicas:

- Promover la valoración del niño como discapacidad como persona e individuo, es decir, como un sujeto único e irrepetible, con derecho a su lugar social comenzando por la familia.
- Procurar el desarrollo de las potencialidades del niño.

- Generar el máximo de la autoestima.
- Lograr una integración familiar, social y escolar en la medida de lo posible.
- Prevenir los factores secundarios.
- Evitar situaciones de riesgo familiar.
- Contribuir al sostenimiento de los tratamientos médicos.
- Favorecer la adaptación del binomio madre-hijo al inicio del abordaje terapéutico-pedagógico del niño con discapacidad. (Andalucía, 2011)

4.1.1.3. Beneficios

“Los expertos afirman que la estimulación temprana conlleva cambios que se ven favorecidos por la intensa plasticidad neuronal ocurrida durante los 0 a 6 años y que su correcto aprovechamiento supone convertirse en un adulto con cualidades cognitivas que benefician la calidad de vida” (CODEX, 2017)

4.1.1.4. Factores importantes de la Estimulación temprana

La estimulación temprana es una forma de potenciar al niño en todas las áreas del desarrollo (motriz fino, motriz grueso, lenguaje, social y cognitivo) pero se debe tener en cuenta que cada niño es diferente y su desarrollo se debe respetar debido a que es individual a comparación con otros infantes.

Se debe tomar en cuenta factores importantes que ayudarán a que el niño logre aprovechar los estímulos adecuados para potenciar las áreas del desarrollo:

- **Cada niño es diferente** por lo que su desarrollo individual dependerá de la maduración del sistema nervioso.
- Se debe tener claro los **parámetros del desarrollo**, pero a su vez se debe tener en cuenta que son bastante amplios y su desarrollo dependerá de varios factores.
- **No forzar al niño.** La estimulación debe ser una experiencia positiva más no negativa por lo que es necesario que aprendamos a “leer” al niño, es decir, lo que siente en ese momento.
- **El niño aprende jugando** porque este estará predispuesto a aprender y asimilar nueva información mediante actividades lúdicas que motiven su aprendizaje. (Andalucía, 2011)

4.1.1.5. Sugerencias para la estimulación temprana

La UNICEF (1989) United Nations Children's Fund por sus siglas en inglés menciona varias sugerencias para la estimulación temprana que se debe tener en cuenta al momento de las terapias:

- Desarrollar las actividades en un ambiente tranquilo y seguro.
- Festejar o premiar los resultados obtenidos.
- No forzar al niño a las actividades.
- Las actividades deben ser diariamente o por lo menos 3 veces a la semana.
- Repetir los ejercicios por lo menos 3 veces para asimilar el aprendizaje.
- Esperar 30 minutos antes de empezar con la terapia.
- Aprovechar las actividades diarias para reforzar el aprendizaje.
- Diseñar instrumentos propios que sean novedosos, seguros y de fácil manejo para el paciente.

4.1.1.6. Importancia

El desarrollo infantil en los primeros años de vida es esencial debido a la progresiva adquisición de funciones importantes como el control postural, la comunicación, el lenguaje verbal y la interacción social.

Rosario (2017) menciona que la importancia de la intervención temprana se puede pensar desde diferentes ópticas:

Desde lo biológico, esta práctica implica la intervención en momentos en que el sistema nervioso del bebé está en proceso de organización (concepto de plasticidad neuronal).

Desde el área psíquica al estar auspiciado el sostén de las funciones parentales se está contribuyendo a la constitución subjetiva del niño.

Desde el área cognitiva se promueve actividades lúdicas compartidas que permiten al niño lograr el óptimo desarrollo de su inteligencia.

4.1.1.7. Componentes de la Estimulación temprana

Área motora: hace referencia al control y movimiento que pueda tener el niño sobre su cuerpo y esta se divide en dos:

- **Desarrollo motor grueso:** Es la habilidad para mover de manera armónica los músculos del cuerpo con la agilidad, fuerza y velocidad. En la etapa inicial, es importante que el niño no salte ninguna etapa. Es decir, que antes de caminar, el bebé debe gatear, ya que con esta actividad aprenderá a colocar las manos cuando caía y lo más importante desarrollará la fuerza que necesita para posteriormente pararse y apoyarse en los muebles para lograr caminar con más seguridad, destreza y habilidad.
- **Desarrollo motor fino:** Esta área comprende actividades precisas con la vista y manos, tomar objetos, sostenerlos y manipularlos con destreza. A través de los mismos, estimulan la capacidad de identificar la textura de los objetos mediante el tacto. Iglesias Iglesias, Justo de la (Rosa, & Sanz Núñez, 2015)

Área del lenguaje: al desarrollar el área del lenguaje al niño, le permite aprender a comunicarse a través de los sonidos, gestos y símbolos gráficos.

Área cognitiva: es el conjunto de procesos, donde el niño empieza a comprender su entorno y a organizar mentalmente información. Por lo que es necesario que este experimente o explore su entorno para que logre crear niveles de pensamiento y capacidad para razonar.

Área Socio-Afectiva: Es importante que el niño se sienta amado y protegido por sus padres, por lo que es significativo que durante la primera etapa de los niños exista un vínculo afectivo con la mamá y el papá.

4.1.2. Anomalía cromosómica no especificada

A pesar de los grandes avances en el conocimiento de la citogenética, existen todavía varias incógnitas por resolver acerca del origen y las causas de las anomalías cromosómicas humanas, así como el comportamiento cromosómico en general. Rodríguez Martínez (2003)

Los cromosomas son estructuras microscópicas que se encuentran presentes en las células del organismo. Contienen los genes que determinan rasgos como el color de

los ojos y el cabello y que controlan el crecimiento y el desarrollo de cada componente de nuestro sistema físico y bioquímico. (Marqués, 2015)

La mayoría de las células del cuerpo contienen 23 pares de cromosomas, es decir, un total de 46 cromosomas, cada cromosoma contiene miles de genes que proteínas encargados de dirigir el crecimiento, el desarrollo y las reacciones químicas del cuerpo. (Alliance, 2009)

Existen varios tipos de anomalías cromosómicas y se puede categorizar en:

- Anomalías cromosómicas numéricas: son aquellas que tiene un cromosoma menos o un cromosoma más de lo que sería el par normal.
- Anomalías cromosómicas estructurales: son aquellas que cuando una parte del cromosoma falta, está demás, se ha pasado a otro cromosoma o está invertido. Vergara (2009)

4.1.2.1.Simbología según el CIE 10

El CIE-10 clasifica a este tipo de anomalías como: Anomalías cromosómicas, no clasificadas en otra parte (Q90 A Q99), por lo que las anomalías cromosómicas no especificadas (Q99.9) se encuentran en el apartado de Otras anomalías cromosómicas, no clasificadas bajo otro concepto (Q99).

4.1.2.2.Detección

La detección de anomalías cromosómicas en el primer o segundo trimestre se ofrece a todas las mujeres, independientemente de su edad. El examen de ADN fetal libre de células se puede utilizar para detectar anomalías genéticas fetales ya a las 9 semanas de gestación con resultados disponibles en 10 días. Ultrasonido realizado alrededor de 20 semanas. La gestación puede identificar el 3% de los fetos que tienen una malformación congénita importante.

Se puede detectar mediante un estudio a través de una prueba llamada cariotipo. De esta forma, se puede saber de la existencia de una malformación o de una enfermedad.

La mayoría de las alteraciones cromosómicas importantes son incompatibles con la vida y se pueden producir abortos espontáneos en la mayoría de los casos.

Está constatado que existe un aumento de riesgo de tener hijos con alteraciones genéticas en mujeres a la edad de 30 a 35 años de edad. (Ibáñez & Plaza, 1996)

Por lo que, el diagnóstico y el tratamiento de las afecciones maternas y fetales desde el período previo a la concepción durante el embarazo son importantes para optimizar la salud fetal y proporcionar la mejor oportunidad para el desarrollo óptimo del niño. (Novak, 2019)

4.1.2.3.Causas

Las anomalías cromosómicas son causadas por dos tipos de cambios en los cromosomas y pueden ser transmitidos de padres a hijos:

1. Cambios en la cantidad de cromosomas, es decir, que tienen demasiados o muy pocos cromosomas.
2. Cambios en la estructura de los cromosomas. Una parte de un cromosoma puede faltar, estar repetido o estar en otro lugar.

4.1.2.4.Problemas que pueden causar las anomalías cromosómicas

Más de la mitad de los abortos espontáneos son causados por anomalías cromosómicas causando el nacimiento sin vida es decir, cuando el bebé muere en la matriz de la madre antes de nacer pero, antes de las 20 semanas de embarazo.

Cada niño que nace con un tipo de anomalía cromosómica es diferente. Algunos niños tienen discapacidades intelectuales, defectos congénitos o ambos. Otros niños con un tipo de anomalía cromosómica no tienen problemas graves pero los problemas o afectaciones dependerán de cuáles cromosomas están afectados y de qué forma. (Dimes, 2014)

4.1.3. Desarrollo psicomotriz

El desarrollo psicomotriz es un proceso continuo que va desde la concepción hasta a la madurez con secuencia similar pero cada niño va en un ritmo variable o diferente. El niño adquiere habilidades en las distintas áreas como: lenguaje, motora, social y manipulativa, entre otros; permitiendo una independencia progresiva y adaptación al entorno. (García Pérez & Martínez Granero, 2016)

El término de desarrollo psicomotriz define el progreso que tiene un niño de 2 a 3 años en las diferentes áreas de desarrollo debido a que en esta edad la plasticidad cerebral va gradualmente y es sensible a estímulos externos, por ende, dependerá

principalmente de la maduración del sistema nervioso central (SNC), los órganos de los sentidos y de un entorno psicoactivo adecuado.

4.1.3.1. Factores de riesgo en el desarrollo psicomotriz

Un niño que presenta en su desarrollo psicomotriz es debido a sus antecedentes ya sea déficit sensorial, motor y/o cognitivo por eso algunos factores conllevan a un riesgo específico.

4.1.3.1.1. Factores de riesgo neurológicos

- Peso al nacer (<1500gr EG o <32 semanas)
- Infección congénita intrauterina
- APGAR <4 a los 5 minutos
- Hijo de madre que haya consumido alcohol o sustancias psicotrópicas
- Convulsiones neonatales
- Meningitis congénita
- Sintomatología neurológica neonatal > 7 días
- Hiperbilirrubinemia: >25mg/dl (20mg/dl en prematuros) o extranguinotransfusión por ictericia.
- Antecedentes familiares con patologías no aclaradas o riesgo recurrente.
- Cromosopatías, síndromes dismórficos o neurometabólicos.

4.1.3.1.2. Factores de riesgo auditivo

- Meningitis
- Antecedentes familiares de hipoacusia
- Malformaciones craneofaciales
- Lesión del parénquima cerebral
- Tratamientos ototóxicos

4.1.3.1.3. Factores de riesgo visual

- Peso al nacer (<1250 – 1500gr)
- Edad gestacional <30-32 semanas
- Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central
- Ventilación mecánica prolongada
- Asfixia severa

- Infecciones posnatales del Sistema Nervioso Central

4.1.3.1.4. Factores de riesgo psicosocial

- Familia en situación de riesgo
- Progenitor adolescente
- Progenitor con discapacidad intelectual, trastorno mental o emocional
- Progenitor con deficiencia sensorial severa
- Madre entre 30 a 35 años
- Progenitor con dependencia al alcohol o drogas
- Niños hospitalizados frecuentemente

4.1.3.2. Características del desarrollo psicomotriz

Para la tipificación de un retraso psicomotriz de un niño se debe conocer el desarrollo psicomotriz normal, la edad media de los hitos del desarrollo, variación y los márgenes de normalidad.

Se debe tener en cuenta:

- Sigue la dirección céfalo-caudal y axial a distal
- Diferenciación progresiva, es decir, tiene respuestas globales a actos precisos individuales
- Los reflejos primitivos desaparecen para que la actividad voluntaria se desarrolle
- Tono muscular en el recién nacido progresa en un predominio flexor a un equilibrio flexo-extensor. (Jarque, 2014)

4.1.3.3. Desarrollo psicomotriz de 2 a 3 años

Motricidad gruesa	Motricidad fina	Lenguaje	Social/Afectivo/ Cognitivo/Sexual
<ul style="list-style-type: none"> • Corre • Se mantiene en un pie • Chuta un balón 	<ul style="list-style-type: none"> • Construye torres de 8 cubos • Sostiene un lápiz con la mano 	<ul style="list-style-type: none"> • Hace frases de 2 palabras (2 años) • Hace frases de 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Hace puzles de 2 piezas • Comprende conceptos sencillos (grande-

<ul style="list-style-type: none"> • Salta • Empieza a trepar • Baila 	<ul style="list-style-type: none"> • Tira una pelota con la mano • Desenrosca una tapa • Hace trazos sencillos 	<p>palabras (3 años)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene un vocabulario de 200 palabras • Entiende órdenes complejas 	<p>pequeño, mucho-poco)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Juego simbólico • Utiliza la cuchara • Ayuda a desvestirse o vestirse • Inicio de control de esfínteres diurnos • Identifica si es hombre o mujer
--	---	---	---

Fuente:<http://www.familiaysalud.es/crecemos/el-preescolar-2-5-anos/desarrollo-psicomotor-en-el-preescolar-2-5-anos>

4.2. Propuesta del plan de Estimulación temprana

El plan de Estimulación temprana descrito posteriormente ayudará en el desarrollo psicomotriz del paciente principalmente en el área del lenguaje y motriz de acuerdo a la edad de desarrollo que tiene de 18 a 24 meses.

4.3. Plan de Estimulación temprana

El plan de Estimulación temprana consta de 10 actividades sensoriomotrices con el fin de mejorar el desarrollo psicomotriz con una duración de las actividades de 15 a 20 minutos.

PLAN DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Nombre: NN

Edad: 2 años, 9 meses

Edad de desarrollo psicomotriz: 18 a 24 meses

ACTIVIDAD N° 1				
Área	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO
Motriz fina	Estimular la pinza y agarre	<ul style="list-style-type: none"> • Sentar al niño frente al espejo • Mediante un recipiente con hueco para guardar botones • Motivar al niño a que guarde cada uno de los botones. • Colocar lana de varios colores en tiras en un recipiente con gelatina sin sabor y dejar que cuaje • Motivar al niño a que hale cada una de las lanas • Hacer que guarde en un recipiente mediano dependiendo del color de la lana 	<ul style="list-style-type: none"> • Recipiente • Botones • Recurso humano • Lana de varios colores • Gelatina sin sabor • Recipientes • Recurso humano 	15 – 20 minutos

Elaborado por: Carrasco, T. 2019

PLAN DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Nombre: NN

Edad: 2 años, 9 meses

Edad de desarrollo psicomotriz: 18 a 24 meses

ACTIVIDAD N° 2				
Área	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO
Motriz gruesa	Subir y bajar gradas	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar en el barandal diferentes texturas que llamen la atención del niño. • Motivar a que el niño suba los escalones de uno en uno. • Si no lo logra, ayudarlo para que lo realice (subir un pie de uno en uno, con los dos pies en el mismo escalón subir al siguiente.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Texturas • Escalones • Recurso humano 	15 – 20 minutos

Elaborado por: Carrasco, T. 2019

PLAN DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Nombre: NN

Edad: 2 años, 9 meses

Edad de desarrollo psicomotriz: 18 a 24 meses

ACTIVIDAD N° 3				
Área	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO
Socio-afectiva	Fortalecer el reconocimiento de las partes de la cara	<ul style="list-style-type: none"> • En una mesa de luz, colocar masa magnética y expandir por toda la mesa • Darle un cotonete y con nuestra ayuda hacer que dibuje su carita. • Colocar la imagen de una carita en una bandeja cubierta con granos de arroz de colores • Darle una lupa y hacer que busque cada parte de la carita 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa de luz • Arena • Cotonete • Recurso humano • Imagen de una carita • Bandeja • Lupa • Arroz de colores 	15 – 20 minutos

Elaborado por: Carrasco, T. 2019

PLAN DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Nombre: NN

Edad: 2 años, 9 meses

Edad de desarrollo psicomotriz: 18 a 24 meses

ACTIVIDAD N° 4				
ÁREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO
Motriz Gruesa	Fortalecer el equilibrio y coordinación viso-manual	<ul style="list-style-type: none"> • Regar en el piso frutas plásticas de varios colores • Darle al niño una canasta en una mano para que recoja las frutas • Repetir la actividad • Mediante una caja para colocar pelotas • Motivar al niño a que busque las pelotas en toda la sala y guarde las pelotas en el color respectivo que se encuentra en la caja • Realizar competencias entre el terapeuta y el niño para incentivar el juego. 	<ul style="list-style-type: none"> • Frutas plásticas • Canasta • Recurso humano • Caja para colocar pelotas • Pelotas de colores • Recurso humano 	15 – 20 minutos

Elaborado por: Carrasco, T. 2019

PLAN DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Nombre: NN

Edad: 2 años, 9 meses

Edad de desarrollo psicomotriz: 18 a 24 meses

ACTIVIDAD N° 5				
ÁREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO
Lenguaje Cognitivo	Estimular el reconocimiento de animales y los sonidos onomatopéyicos	<ul style="list-style-type: none"> • Sentar al niño frente al espejo y mediante el libro de texturas de los animales mostrarle página por página y decirle: “este es un ..., tiene la piel ... y hace (sonido)” • Después repetir el ejercicio e incentivar al niño: ¿Cómo hace el ...?. Si responde correctamente, pasar al siguiente animal. • Colocar un animal en varias tinas diferentes texturas como: harina, fideos, bolas de espuma Flex, pompones, etc. • Motivar al niño a que explore cada textura y encuentre cada animalito. Decirle: “los animales se han escondido y debemos buscarlos”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Libro de animales con texturas • Recurso humano • Tinas • Texturas • Animales • Recurso humano 	15 – 20 minutos

		<ul style="list-style-type: none">• Si encuentra el animal preguntarle: ¿Quién es? Y ¿Cómo hace la		
--	--	--	--	--

Elaborado por: Carrasco, T. 2019

PLAN DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Nombre: NN

Edad: 2 años, 9 meses

Edad de desarrollo psicomotriz: 18 a 24 meses

ACTIVIDAD N° 6				
ÁREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO
Cognitivo Socio-Afectivo	Identificar “grande y pequeño”	<ul style="list-style-type: none"> • Mezclar animales iguales (pares) en una tina con bolas de hidrogel: grandes y pequeños • Animarlo a que saque solo los animales grandes y los coloque en una canasta • Si no entiende la actividad, realizar el terapeuta frente al niño. • Repetir la actividad, pero con animales pequeños 	<ul style="list-style-type: none"> • Tina • Bolas de hidrogel • Animales grandes y pequeños • 2 canastas • Recurso humano 	15 – 20 minutos

Elaborado por: Carrasco, T. 2019

PLAN DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Nombre: NN

Edad: 2 años, 9 meses

Edad de desarrollo psicomotriz: 18 a 24 meses

ACTIVIDAD N° 7				
Área	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO
Socio-afectiva	Estimular el uso del cepillo de dientes	<ul style="list-style-type: none"> • Darle al niño un muñeco y un cepillo y decirle: el muñeco comió muchas golosinas y ahora debe lavarse los dientes, ayudarle a que lo realice de arriba abajo, derecha e izquierda. • Plastificar una imagen de un niño mostrando los dientes • Rayar los dientes con marcador borrable y hacer que el niño cepille diente siguiendo correctamente la dirección del cepillado de dientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muñeco • Cepillo de dientes • Recurso humano • Imagen de un niño mostrando los dientes • Cepillo • Marcador borrable • Recurso humano 	15 – 20 minutos

Elaborado por: Carrasco, T. 2019

PLAN DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Nombre: NN

Edad: 2 años, 9 meses

Edad de desarrollo psicomotriz: 18 a 24 meses

ACTIVIDAD N° 8				
ÁREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO
Motriz fina	Estimular el garabateo	<ul style="list-style-type: none"> • Parar al niño frente a la mesa de luz, colocar harina y motivar a que el niño garabatee con sus propias manos. • Colocar en el piso un pliego de papel periódico o cartulina • Colocar gotas de pintura de varios colores en todo el pliego de papel • Motivar a que mueva sus manos de un lado a otro en forma circular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa de luz • Harina • Recurso humano • Pliego de papel periódico o cartulina • Pintura de varios colores • Recurso humano 	15 – 20 minutos

Elaborado por: Carrasco, T. 2019

PLAN DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Nombre: NN

Edad: 2 años, 9 meses

Edad de desarrollo psicomotriz: 18 a 24 meses

ACTIVIDAD N° 9				
ÁREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO
Cognitivo Lenguaje	Reconocer objetos	<ul style="list-style-type: none"> • Frente al niño colocar una caja sensorial • Motivar a que introduzca la mano dentro de la caja y saque cada objeto que se encuentre • Decirle: ¿Qué es esto? • Colocar varias tarjetas alrededor de la sala • En tinas con diferentes texturas colocar varios objetos que use el niño diariamente • Dejar que el niño juegue y reconozca cada objeto • Motivarlo a que el objeto encontrado lo coloque en la tarjeta correcta 	<ul style="list-style-type: none"> • Caja sensorial • Recurso humano • Tarjetas • Tinas • Texturas • Objetos • Recurso humano 	15 – 20 minutos

Elaborado por: Carrasco, T. 2019

PLAN DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Nombre: NN

Edad: 2 años, 9 meses

Edad de desarrollo psicomotriz: 18 a 24 meses

ACTIVIDAD N° 10				
ÁREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO
Lenguaje Cognitivo	Reconocer animales domésticos mediante sonidos onomatopéyicos	<ul style="list-style-type: none"> • Darle al niño una caja que tenga animales domésticos de diferentes texturas • Frente a él mostrarle tarjetas que sean idénticas a los animales que tiene en la caja • Cantar la canción de Bartolito, mostrarle la tarjeta del sonido del animales y motivarlo a que saque el animal que mostramos • Por medio del sentido del oído, hacer que escuche el sonido • Mostrarle dos tarjetas y preguntarle: ¿Quién es?, el niño deberá coger la tarjeta con el 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjetas de animales domésticos • Caja y animales domésticos con texturas • Recurso humano • Grabadora o parlante • Cd o USB que tenga sonidos de 	15 – 20 minutos

		sonido que escuchó y decirle: “muy bien, es el”.	animales domésticos <ul style="list-style-type: none"> • Tarjetas de animales domésticos • Recurso humano 	
--	--	--	---	--

Elaborado por: Carrasco, T. 2019

5. CONCLUSIONES

- Se propuso un plan de tratamiento de Estimulación temprana para mejorar el desarrollo psicomotriz del paciente dirigido a los padres para que puedan realizar cada una de las 10 actividades descritas anteriormente de forma dinámica. Los recursos no son difíciles de conseguir y ayudará a fortalecer el vínculo familiar y social en el niño.
- Por medio de la revisión y recolección de las fuentes de investigación como historias clínicas, exámenes en instituciones públicas y privadas y datos proporcionados por parte de la madre del paciente se pudo describir el caso clínico de una forma detallada y secuencial.
- Se logró identificar el nivel de desarrollo psicomotriz una vez revisado el Test de DENVER II porque cuando lo evaluaron a la edad de 2 años 7 meses presentó un diagnóstico presuntivo anormal pero el paciente presenta los hitos de desarrollo de 18 a 24 meses, siendo una alarma en su desarrollo en general.
- Se realizó actividades de estimulación temprana sensoriomotrices de acuerdo a la edad de desarrollo psicomotriz y a las necesidades del paciente debido a que se analizó el caso y se detecta que presenta un retraso de desarrollo en general pero, sobre todo en el área del lenguaje y motor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

- Alliance, G. (2009). *Cómo entender la genética*. Washington DC.
- Andalucía, F. d. (2011). La estimulación temprana y su importancia.
- Arango de Narváez, M. T., Infante de Ospina, E., & López de Bernal, M. (2006). *Estimulación Temprana. Segundo año. Tomo 2*. Bogotá - Colombia: GAMMA S,A.
- Arango de Narváez, M. T., Infante de Ospina, E., & López de Bernal, M. (2006). *Estimulación Temprana. Actividades para estimular el desarrollo entre 1 y 7 años. Tomo 3*. Bogotá - Colombia: GAMMA S,A.
- Iglesias Iglesias, R. M., Justo de la Rosa, M., & Sanz Núñez, R. (2015). *Desarrollo y estimulación del niño de 0 a 3 años*. Madrid: Grupo Editorial Bruño, S. L.
- P. Armero Pedreira, I. P. (2015). *pediatriaintegral.es*. Madrid: sepeaap. Obtenido de Seguimiento en Atención Primaria del niño con parálisis cerebral.
- Pérez López, J., & Brito de la Nuez, A. (2015). *Manual de Atención temprana*. Madrid: Pirámide.
- William, K., Frankenburg, M., Joshias, B., Dodds, P., & Alma, W. F. (1970). *Examen del desarrollo del niño en Denver*.

Linkografía

- CIE10. *CIE-10: Anomalías cromosómicas, no clasificadas en otra parte (Q90 A Q99)*. Obtenido de <https://www.tuotromedico.com/CIE10/Anomalias-cromosomicas-no-clasificadas-en-otra-parte-Q90-Q99/>
- CODEX, C. (2017). *Centro de formación de postgrado*. Obtenido de ¿Qué es y para qué sirve la estimulación temprana?: <https://centrocodex.com/blog/que-es-y-para-que-sirve-la-estimulacion-temprana/>
- Dimes. (2014). *Anomalías cromosómicas*. Obtenido de https://nacersano.marchofdimes.org/centro/9259_9701.asp

- García Pérez, M. A., & Martínez Granero, M. Á. (2016). Obtenido de Desarrollo psicomotor y signos de alarma: https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.1_desarrollo_psicomotor_y_signos_de_alarma.pdf
- Gimeno-Martos, S., Cavero-Carbonell, C., López-Maside, A., Bosch-Sánchez, S., Martos-Jiménez, C., & Zurriaga, O. (2016). *Anales de Pediatría*. Obtenido de Anomalías cromosómicas: la experiencia del Registro de Anomalías Congénitas de la Comunitat Valenciana: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403315003719>
- Jarque, J. (2014). Obtenido de Retraso global del desarrollo: características: <https://famiyaiycole.com/2014/10/05/retraso-global-del-desarrollo/>
- Marqués, I. (2015). *Anomalías cromosómicas*. Obtenido de <http://institutomarques.com/glosario/anomalias-cromosomicas>
- Mas, M. J. (2015). *Neuropediatra.org*. Obtenido de Alto riesgo neurológico: <https://neuropediatra.org/2015/11/29/alto-riesgo-neurologico/>
- MayoClinic. (2018). Obtenido de Conducto arterioso permeable (CAP): <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/patent-ductus-arteriosus/symptoms-causes/syc-20376145>
- MedLinePlus. (2019). Obtenido de Cardiopatía congénita: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001114.htm>
- OMS. (2016). *Anomaiás congénitas*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>
- OMS. (2016). *Temas de salud*. Obtenido de Factores de Riesgo: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Rosario. (2017). *espaciologopédico.com*. Obtenido de Importancia de la estimulación temprana en los primeros años de vida: <https://www.espaciologopedico.com/noticias/det/7397/la-importancia-de-la-estimulacion-temprana-en-los-primeros-anos-de-vida.html>
- UNICEF. (1989). Obtenido de Ejercicios de Estimulación temprana: <http://files.unicef.org/mexico/spanish/ejercicioestimulaciontemprana.pdf>

Citas bibliográficas bases de datos UTA

Novak, C. (2019). *Obstetric management, tests, and technologies that impact childhood development*. Obtenido de Wiley Online Library: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dmcn.14160>

Rodríguez Martínez, L. M. (2003). *Estudio clínico-epidemiológico de las anomalías cromosómicas que conllevan un exceso de material genético numérico y estructural, excluyendo trisomía 13, 18 y 21*. Obtenido de e-libro : <https://ebookcentral.proquest.com/lib/utasp/reader.action?docID=3162095&query=anomal%C3%ADa+cromos%C3%B3mica+en+desarrollo+psicomotor#>

Suárez Sanabria , N., & García Paz, C. (2017). *Implicaciones de la desnutrición en el desarrollo psicomotor de los menores de cinco años*. Obtenido de Scielo: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182017000200002&lang=es

Valverde Molina, I., Mendoza Caballero, N. A., & Peralta Reyes, I. C. (2013). *Enfermería pediátrica*. Obtenido de ProQuest Ebook Central: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/uta-ebooks/reader.action?docID=3218963&query=cardiopat%C3%ADas+cong%C3%A9nitas>

Vergara, H. (2009). *Cromosomas*. Obtenido de e-libro: <https://elibro.net/es/ereader/uta/28473?prev=fs>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Ambato, 26 de marzo, 2019

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, María Augusta Játiva Guerrero..... con cédula de ciudadanía N° 180325218-6..., previa explicación doy mi consentimiento informado para la utilización de los datos que reportan la información para la realización de un trabajo investigativo y realización de un estudio de caso.

Mediante este documento la interesada puede hacer uso del presente teniendo en cuenta estos parámetros:

Es muy importante mantener la privacidad, por lo cual se aplicará las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que se proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y el/la tutor/a de tesis tendrán acceso.
- 2) Su nombre, o el de su hijo no será mencionado en los reportes o publicaciones.

El presente consentimiento informado, para permitir que la Srta. Tannia Marivel Carrasco Ronquillo con cédula de ciudadanía N° 180461819-5, estudiante de la Universidad Técnica de Ambato, carrera de Estimulación Temprana, use la información para la realización del caso clínico titulado: **“ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO MOTOR GRUESO EN UN NIÑO CON ANOMALÍA CROMOSÓMICA NO ESPECIFICADA DE 2 AÑOS 9 MESES DE EDAD”**.

Para constancia del mismo y para los fines pertinentes, firmamos:

C.I: 130325218-6.....

María Játiva

Representante legal del paciente

C.I: 180461819-5.....

Tannia Carrasco

Investigadora del caso

Anexo 2. Entrevista

ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS PADRES DEL NIÑO

Fecha: 20 de octubre 2019

Edad actual del paciente: 3 años 4 meses

La presente entrevista está dirigida a la madre (tutor legal) del niño, con el objetivo de corroborar y completar la información necesaria para completar el desarrollo del análisis de caso clínico con el tema: "Estimulación Temprana en el desarrollo psicomotriz en un niño con anomalía cromosómica no especificada de 2 años 9 meses de edad".

OBJETIVO: Conocer datos relevantes del paciente que no se encuentran en las historias clínicas o exámenes complementarios.

DESARROLLO:

ANTECEDENTES PRENATALES:

Edad de la madre: 35

Edad del padre: 33

Número de embarazos: 5 Logrados: 4 No logrados: 1

LUGAR QUE OCUPA EL PACIENTE:

Cuarto hijo

Hijos de la misma pareja: Sexo: M M M M

Edad: 20 18 7 3

Embarazo deseado: SI NO

Amenaza de aborto: SI NO ¿En qué trimestre?

Complicaciones en el embarazo:

Ninguna

Ingesta de medicamento durante el embarazo: SI NO

Medicamento para madurar los pulmones del bebé

Alimentación durante el embarazo: Buena Mala Regular

Estrés emocional: SI NO ¿En qué trimestre?

Causas:

Pruebas realizadas en el embarazo:

- Ultrasonido X
- Alfafetoproteína X
- Análisis clínicos X
- Anemia
- Otros:

.....
.....

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:

	MATERNA	PATERNA
ASMA	..... X .....	.....
DIABETES	.....	.....
CARDIOPATÍAS	.....	..... X
DISCAPACIDAD	.....	.....
PROBLEMAS RESPIRATORIOS	..... X .....	.....
OTROS: .....	.....	.....

ANTECEDES PERSONALES

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:

Intervención quirúrgica del corazón

DESNUTRICIÓN:

Casi siempre

ANEMIA:

No

INGESTA DE MEDICAMENTOS:

Vitaminas

OTROS:

.....

ENFERMEDADES QUE PADECE ACTUALMENTE:

Gripe

.....
.....
.....

NATALES:

TIPO DE PARTO: Normal Cesárea Motivo de cesárea: *ligadura y antecedentes de cesárea*

Peso al nacer: *2970gr* Talla al nacer: *47cm* Perímetro cefálico: *35cm*

APGAR: *8-9* Semanas de gestación: *38* Lloró cuando nació: *Sí*

Patologías al nacer:

Ninguna

POSTNATALES:

Lactancia materna: *Sí* Duración: *9 meses* Ablactación: *6 meses*

Uso de biberón: *Sí* Uso de fórmulas: *Sí*

ALERGIAS *Ninguno*

Medicamentos Alimentos Otros

Tipo de Alergias

Trastornos cardiacos: SI NO ¿Cuál? *PCA pero ya lo operaron*

Otro tipo de trastorno:

DATOS BÁSICOS DEL NIÑO

Estado general de Salud: BUENO MALO REGULAR

Recibe tratamiento médico: SI NO ¿Cuál? *Endocrinología y*

Neurología

PESO ACTUAL: *10,2 Kilos* TALLA ACTUAL: *82 cm*

RELACIONES INTERPERSONALES

ACTITUD RELACIONAL

..... *Sí* Confianza

..... *No* Timidez

..... *Sí* Facilidad de trato

Otras actitudes:

conducta rebelde, no sigue reglas, tiene momentos de enojo y rabia

¿Se despegaba fácilmente de sus padres?

No de la mamá en especial.

Conductas:

..... *Sí* Juega solo

..... *Sí* juega con otros sin problema

Relación con la madre: BUENO ..X... MALO REGULAR

Relación con el padre: BUENO ..X... MALO REGULAR

Relación con los hnos y/o flia: BUENO ..X... MALO REGULAR

DESARROLLO PSCOMOTRIZ

¿A qué edad.....

- Sostuvo la cabeza? 3 meses
- Se sentó? 10 meses
- Se paró? 2 años
- Gateó? 1 año y medio
- Caminó? 3 años y 4 meses
- Saltó solito? —
- Dijo las primeras palabras? 3 años 2 meses
- Controló esfínteres? —
- Controló esfínter anal? —

VALIDISMO

¿A qué edad comenzó a

- Bañarse solo/a? 2 años
- Desabotonarse la ropa? —
- Abotonarse la ropa? —
- Vestirse? 2 años
- Subir o bajar la cremallera? —
- Desvestirse? 2 años
- Ponerse los zapatos solito? 2 años y medio
- Peinarse solo? 3 años

SIGUE ORDENES SENCILLAS: SI ..X... NO

ARMA ROMPECABEZAS DE 3 O 4 PIEZAS: SI ..X... NO

DICE SU NOMBRE: SI NO ..X...

DICE SU EDAD: SI NO ..X...

RECONOCE SU SEXO: SI NO ..X...

CONOCE EL CONCEPTO DE "MIO" "TUYO": SI NO ..X...

ENTIENDE LO QUE SE LE DICE: SI ..X... NO

USA FRASES DE 3 O 4 PALABRAS: SI NO ..X...

CÓMO SE COMUNICA?

Por medio de gestos y señas

PATEA LA PELOTA: SI ..X... NO

PEDALEA UN TRICICLO: SI NO ..X...

SE AGACHA FACILMENTE: SI ..X... NO

USA LOS UTENSILLOS CON FACILIDAD: SI NO ...X....

ARMA TORRES: SI X.. NO ¿DE CUÁNTOS CUBOS?

ENROSCA Y DEENROSCA TAPAS DE ENVASE: SI ...X..... NO

ENCAJA OBJETOS: SI ...X..... NO

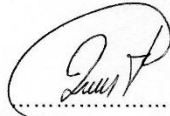
GUARDA OBJETOS: SI X..... NO



.....
INVESTIGADORA


Srta. Tania Carrasco R.

C.I.: 180461819-5



.....
TUTOR LEGAL DEL NIÑO

Anexo 3. Datos del recién nacido

Nací en el	HOSPITAL BASICO PRIVADO VIRGEN DEL CISNE		
El día	Sábado 11 de Junio del 2016 a las 17:30 H.		
 Soy un niño	Peso	Talla	P. Cefálico
	2970 g.	47.0 cm	35.0 cm
	Apgar	8 - 9	
	Mi parto fue por	Cesárea por 3 Cesáreas anteriores	
Me atendió el parto	El Doctor Ney Jordán		
Me examinó	La Dra. Laura Narváez.		
Mi diagnóstico	Recién Nacido a Término Masculino + Peso Adecuado para la edad Gestacional		
Mi mamá es	[Redacted]		
Día Alta	Lunes 13 de Junio del 2016		

Anexo 4. Carnet de vacunación

Ministerio de Salud Pública
Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI

CARNÉ ÚNICO DE VACUNACIÓN

T 1402.



APELLIDOS Y NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO:

Día	Mes	Año
11	06	2016

LUGAR DE NACIMIENTO: Alima Virgen del Cacao

NÚMERO C.I.: _____

NACIONALIDAD: Ecuatoriana

LA OPORTUNIDAD
CIVILIZADA
Avanza!

 Ministerio de Salud Pública

ESQUEMA DE VACUNACIÓN - NIÑOS/A MENORES (de 1 año)

VACUNAS	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN			EDAD	LOTE N°	NOMBRES DEL VACUNADOR	UNIDAD OPERATIVA
		DÍA	MES	AÑO				
*BCG	Menor de 28 días	1	16	06	2016			
	29 - 364 días							
Hepatitis B (HB cero)	Menor de 28 días	1						
Rotavirus	2 meses	1ª	02	SEP	2016	2m MOLE 273AA	LIC JA.	CS Vicentina
	4 meses	2ª	23	NOV	2016			
Pentavalente (DPT - HB - Hib)	2 meses	1ª	02	SEP	2016	2m 22010 2015C	LIC N	CS Vicentina
	4 meses	2ª	20	MAR	2017	9m 2010 2015B	ADLU	CSV
	6 meses	3ª	26	ABR	2017	10m 22010 2015B	ADLU	CSV

ESQUEMA DE VACUNACIÓN NIÑOS/A MENORES (de 1 a 4 años)

Antipoliomelítica oral (OPV)	2 meses	1ª	02	SEP	2016	2m 6800 004600A	LIC N	CS Vicentina
	4 meses	2ª	20	MAR	2017	9m 1800600A	ADLU	CSV
	6 meses	3ª	26	ABR	2017	10m 1800600A	ADLU	CSV
Neumococo conjugada	2 meses	1ª	02	SEP	2016	2m AS P 50 A 6007A	LIC N	CS Vicentina
	4 meses	2ª	20	MAR	2017	9m AS P 50 A 6007A	ADLU	CSV
Sarampión Rubéola (SR)	6 a 11 meses	1ª	26	ABR	2017	10m AS P 50 A 6007A	ADLU	CSV

OTRAS VACUNAS

Primer B	7m	21	24	01	2017	7m N11973	Dr. C. Vera	e. Pichardo
----------	----	----	----	----	------	-----------	-------------	-------------

OBSERVACIONES:

ESQUEMA DE VACUNACIÓN NIÑOS/A MENORES (de 4 a 6 años)

VACUNAS	DOSIS	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN			EDAD	LOTE N°	NOMBRE DEL VACUNADOR	UNIDAD OPERATIVA
			DÍA	MES	AÑO				
Sarampión Rubéola, Paperas (SRP)	12 meses	1ª	31	10	2016	10m 013H60 43A	Lic VV	CSV	
Neumococo conjugada	12 meses	3ª							
Varicela	15 meses	1	05	12	2016	1a5m 55016 120	Lic EB	CSV	
Fiebre amarilla (FA)	15 meses	1	31	10	2016	1a4m 1674F 00367	Lic VV	CSV	
Antipoliomelítica oral (OPV)	18 meses (Ref)	4ª	30	05	2018	1a11m 6800 2017040	Vacunador M. Rojas	CSV	
Difteria, Toserina y Tétanos (DPT)	10 meses (Ref)	4ª	30	05	2018	1a11m 282X 7001B	Vacunador M. Rojas	CSV	

OTRAS VACUNAS

SRP	2da		30	05	2018	1a11m 613400B 2B	Vacunador M. Rojas	CSV
-----	-----	--	----	----	------	------------------	--------------------	-----

OTRAS VACUNAS									
SPP	2da		30	05	2018	101m	013700B EB	Vacunada M. Fabris	CSV

ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO - NIÑOS/AS (de 1 a 4 años)

VACUNAS	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN			EDAD	LOTE N°	NOMBRE DEL VACUNADOR	UNIDAD OPERATIVA
		DÍA	MES	AÑO				
Difteria, Toserina y Tétanos (DPT)	1ª							
	2ª							
	3ª							
	4ª							
Antipoliomielítica oral (OPV)	1ª							
	2ª							
	3ª							
	4ª							
Hepatitis B (HB)	1ª							
	2ª							
	3ª							
OTRAS VACUNAS								
OBSERVACIONES:								

** Niños/as que inician esquema

Anexo 5. Ecografía transfontanelar

 **DEXAMED**

Diagnóstico por exámenes médicos

Dr. Edgar López L.
MD. IMAGENOLOGO

NIÑO:
ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR
DR. CARLOS VACA
22 DE AGOSTO DEL 2016

INFORME:

Se realiza ecografía cerebral a través de fontanela anterior, en cortes coronales y sagitales, observándose:

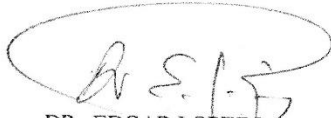
Parénquima cerebral con ecogenicidad normal sin signos de procesos ocupativos. Las placas subependimarias no muestran signos de sangrado.

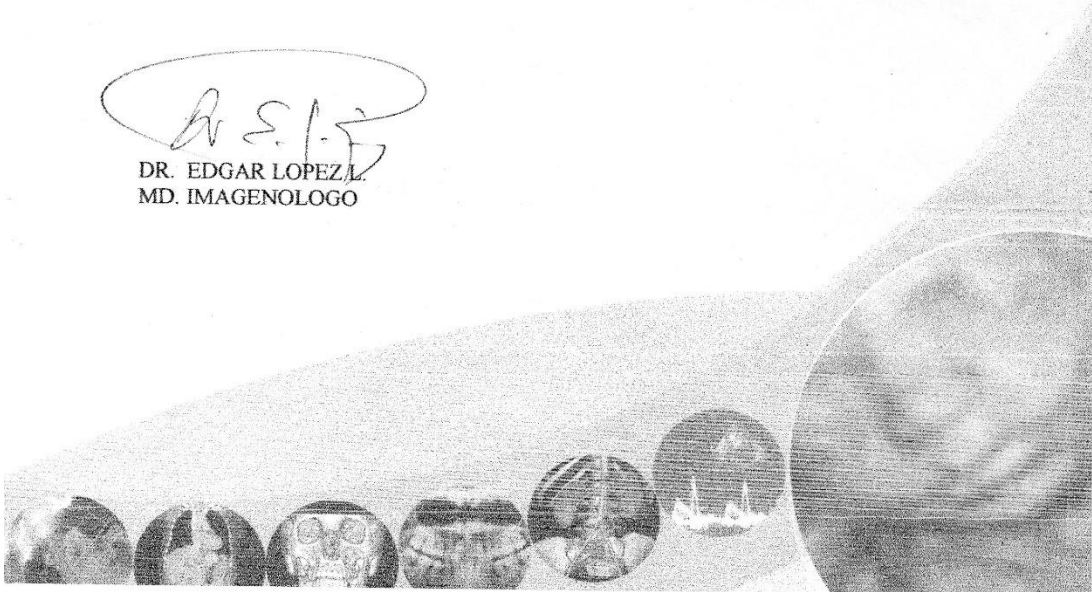
El sistema ventricular es de aspecto normal, sin dilataciones patológicas, con plexos coroideos de espesor normal (6 mm)

Cerebelo de características normales
Espacio subaracnoideo en línea internesferica presenta amplitud normal

CONCLUSIONES:

1. Ecografía transfontanelar normal


DR. EDGAR LOPEZ L.
MD. IMAGENOLOGO



Anexo 6. IRM simple de cerebro

IRM SIMPLE DE CEREBRO
DR. CARLOS VACA
24 de diciembre de 2016

INFORME:

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

Cisura interhemisférica en posición central. Circunvoluciones cerebrales normales con intensidad de señal adecuada y relaciones sustancia gris/sustancia blanca con proceso de mielinización normal para la edad.

Sistema cisterno-ventricular normal. Sin signos de alteración del flujo del ICR.

El tronco cerebral y el cerebelo no presentan evidencia de alteraciones de señal de origen patológico.


Ángulos pontocerebelosos sin alteraciones en la intensidad de señal.

La silla turca evidencia hipófisis de intensidad de señal normal.

CONCLUSIONES:

1. Estudio de resonancia magnética cerebral dentro de parámetros normales.

Atentamente


DR. EDGAR LOPEZ L.
MD. IMAGENOLOGO
AMBAIMAGENES

Anexo 7. RM simple de SPN

RM SIMPLE DE SPN
DR. CARLOS VACA
24 de diciembre de 2016


INFORME:

Se realizan cortes axiales y coronales en secuencias T1, T2 y FLAIR, observándose:


Presencia de engrosamiento mucoso hipointenso en T1 e hiperintensa en T2 sin niveles líquidos que ocupa los senos maxilares, sin niveles hidroaéreos.
Unidades osteomeatales y recesos frontoetmoidales permeables
Septo nasal central
Cornetes normales.

CONCLUSIÓN


1. Sinusitis crónica maxilar bilateral.


DR. EDGAR LOPEZ L.
MD. IMAGENOLOGO
AMBAIMAGENES

Anexo 8. Formulario de referencia - Hospital de especialidades FF.AA N°1



Ministerio de Salud Pública



HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FF.AA N°1

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre		Edad	Sexo
						27-10-0	1
Nacionalidad	País	Cédula	Lugar de residencia actual	díames año	d-a-a	H-UM-2	
Ec							
Ver							

III. CONTRAREFERENCIA: 3 REFERENCIA INVERSA: 4

1. Datos Institucionales

Entidad	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del Servicio
	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES F.AA N° 1	HGN	Auxiliares de Diagnóstico	GENETICA MEDICA

Contrarefiere o Referencia inversa a:

Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Area	díames año	Fecha
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "AMBATO"	HGN	18D01	08	05 2017

2. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE SEXO MASCULINO Y 10 MESES DE EDAD, REFERIDO POR ASESORA GENETICA DE AMBATO PARA CARIOTIPO POR HABER NACIDO CON CARDIOPATIA CONGENITA Y DISMORFIA FACIAL, RETRASO PSICOMOTRIZ.

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE TRATA DE UN BEBE, SIN ANTECEDENTES PRENATALES, NI PERINATALES RELEVANTES, QUE PRESENTA PCA, DISMORFIA FACIAL Y RETRASO PONDOESTATURAL, CON AFECTACION DE TALLA Y PESO Y PERCENTIL TERCERO COMBINADO PESO Y TALLA, ASI COMO RETRASO PSICOMOTRIZ. CONSIDERO SE DEBE DESCARTAR UNA GENOPATIA, PARA LO CUAL DEBE LLEVAR VALORACION INTEGRAL EN GENETICA Y POR OTRAS ESPECIALIDADES.

SE REALIZA EL ESTUDIO CITOGENETICO CONVENCIONAL, MEDIANTE CULTIVO DE LINFOCITOS OBTENIDOS DE SANGRE PERIFERICA, CON TECNICAS DE BANDAS STG Y CONTEO DE 20 METAFASES OBTENIENDOSE UN CARIOTIPO DE SEXO MASCULINO NORMAL:46XY.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

- CON EL RESULTADO DEL ESTUDIO CITOGENETICO REALIZADO SE DESCARTAN ANOMALIAS NUMERICAS O ESTRUCTURALES GRANDES DE LOS CROMOSOMAS.
- LA ETIOLOGIA DEL RETRASO GENERALIZADO DEL DESARROLLO ES MUY HETEROGENEA. LOS FACTORES GENÉTICOS SON LA PRINCIPAL CAUSA IDENTIFICABLE DE RETRASO MENTAL EN APROXIMADAMENTE LA MITAD DE LOS CASOS DE RETRASO MENTAL GRAVE Y EN UN 15% DE LOS LEVES A MODERADOS, AUNQUE PREDOMINAN LAS CAUSAS CROMOSÓMICAS EN UN PROMEDIO DEL 16,1% Y OTROS DEFECTOS EN GENES ESPECÍFICOS. LOS FACTORES AMBIENTALES BIOLÓGICOS COMO TERATÓGENOS, INFECCIONES O TÓXICOS PUEDEN SER INCRIMINADOS COMO LA CAUSA DEL RETRASO MENTAL O CONTRIBUIR A LA MISMA SUMADOS A FACTORES POLIGÉNICOS Y SOCIOAMBIENTALES DESFAVORABLES.
- DADA LA MAYOR COBERTURA DE LAS TECNICAS DE CITOGENETICA MOLECULAR EN LA IDENTIFICACION DE PEQUEÑOS DESBALANCES CROMOSOMICOS CAUSANTES DE LA DISCAPACIDAD INTELLECTUAL Y LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO, CREEMOS OPORTUNO SEA CONSIDERADA LA TÉCNICA CON MÁS ALTO RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO EN NIÑOS CON RETARDO GENERALIZADO DEL DESARROLLO O RETRASO MENTAL INEXPLICABLE QUE ES LA HIBRIDIZACION GENOMICA COMPARADA, LA CUAL NO ESTA DISPONIBLE EN NUESTRO LABORATORIO NI EN NUESTRO PAIS PERO SI PUEDE COORDINARSE SU REALIZACION EN LABORATORIOS DE REFERENCIA EXTRANJEROS Y EFECTUAR EN NUESTRO SERVICIO LA EXTRACCION DEL ADN.
- RESULTA DE GRAN VALOR SOSTENER LA REHABILITACION PSICOPEDAGOGICA ESPECIALIZADA EN LA PACIENTE, LO CUAL TENDRA IMPLICACIONES EN SU MEJOR INSERCIÓN SOCIAL Y GRADO DE VALIDEZ

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

CARIOTIPO CONVENCIONAL.

5. Diagnóstico

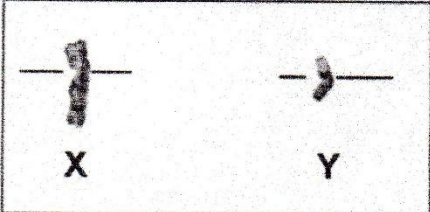
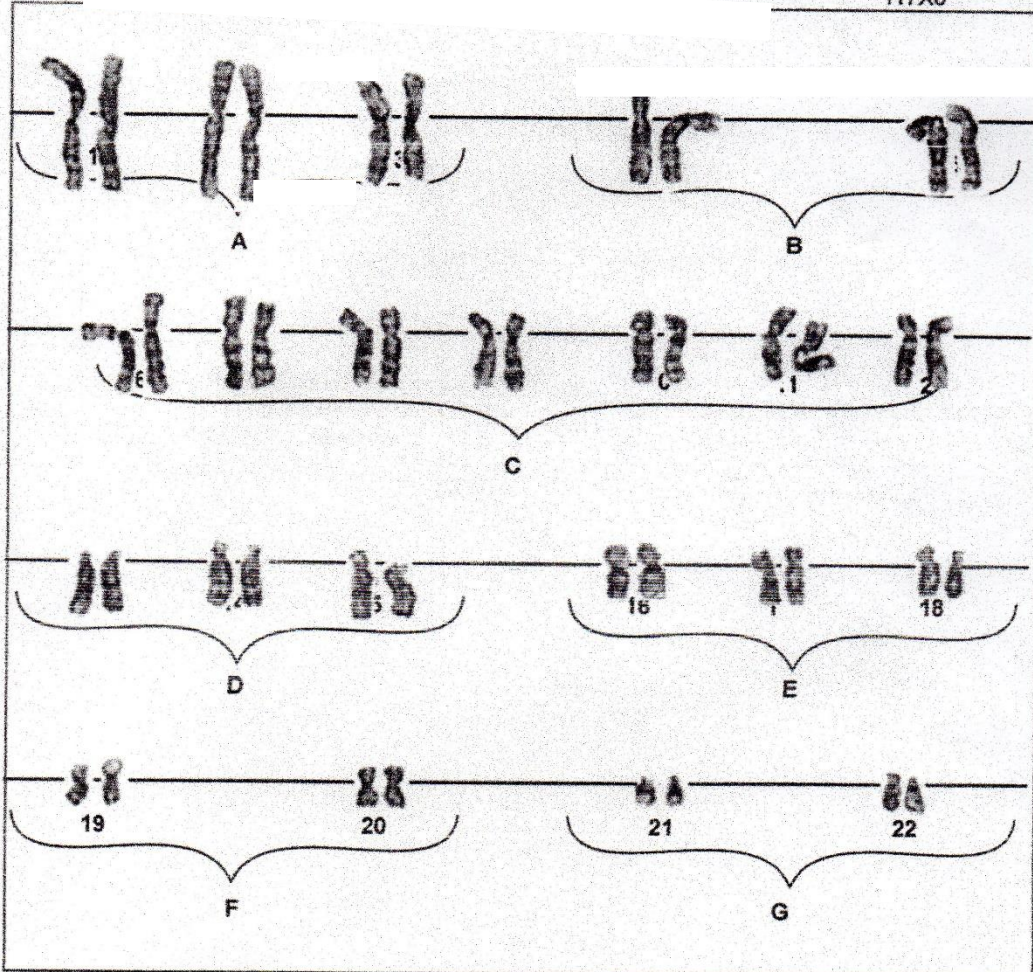
OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	CIÉ-10	PRE	DEF
	Q28	X	

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de origen

Hospital General de las Fuerzas Armadas
LABORATORIO DE GENÉTICA
Quito - Ecuador

NOMBRE: [REDACTED]
APELLIDO: [REDACTED] A
No. DE CARIOTIPO: 10610-3 SP

117X6



[Handwritten Signature]
FIRMA

FECHA: MAYO 4/2017



Ministerio de Salud Pública



FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

RECOMIENDO SOLICITAR INTERCONSULTA A CARDIOLOGIA PEDIATRICA Y ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA ENTRE TANTO SE PROFUNDIZA EVALUACION GENETICA.

Nombre del Profesional especialista: CONSULTORIO 1 GENETICA

Código MSP:

7. Referencia Justificada	1
---------------------------	---

L: F: N:

Firma

Anexo 9. Informe de video-electroencefalograma



Informe de Video-Electroencefalograma

Ambato, 14 de Agosto del 2017

Nombre del paciente:

Edad: 1 año 2 meses

Procedencia: Ambato, Tungurahua, Ecuador

Médico Solicitante: Dr. Nicolay Astudillo Mariño

Motivo de la solicitud: Mioclonías

Diagnóstico Clínico: RGD secundaria a disgenesia cerebral + epilepsia probable.

Resumen de Cuadro Clínico: Antecedentes de amenaza de parto pretérmino a las 32 semanas. Retraso global del desarrollo, portador de PCA con sobrecarga de VD, requiere cirugía. Valorado por genética, sospecha de síndrome, en espera de cariotipo. RMN atrofia cortisubcortical, hipoplasia de cuerpo calloso. Recibe estimulación 3 veces por semana, con lo que ha mejorado mucho, no duerme, es muy sensible en el sueño, periodo de sueño corto. No vómito. Tiene Mioclonías pasada la media hora de sueño.

Técnica: Con equipo de electroencefalografía de 24 canales y cámara de alta resolución se colocan electrodos de superficie gold cup, de acuerdo al sistema 10/20, con LF: 1, HF: 50; vel: 30mm/s, impedancia <5mOhms para cada electrodo

Hallazgos:

- Se realiza estudio de V-EEG con paciente en sueño espontáneo
- Se observa frecuencia de base en regiones posteriores entre 3.5 y 4 Hz, correspondiente a ritmo delta, siendo anormal para la edad del paciente.
- Pérdida discreta del gradiente antero-posterior, siendo anormal para la edad.
- Presencia de brote de hipersincronía hipnagógica, husos de sueño, ondas del vértex y complejos K, correspondientes a etapa I y II del sueño.
- Tras realizar maniobras de activación (hiperventilación, fotoestimulación) no se produce actividad epiléptica anormal.
- Se observan brotes de ondas lentas polimórficas de 6 segundos de localización temporal posterior derecha. Presencia de onda lenta monomórfica frontotemporal izquierda de focos independientes.

Conclusión: Video electroencefalograma anormal por la presencia de leve actividad multifocal de predominio temporal bilateral.

Adjunto encontrará impreso los trazos más significativos del estudio.

Atentamente

Dr. Nicolay Astudillo Mariño

Médico Especialista en Pediatría (UCE-Ecuador)

Subespecialista en Neurología Pediátrica (UNAM-México)

Master en Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) y Trastorno de déficit de atención hiperactividad (TDAH)

(USJ/España) Certificado LINCA (Perú)

Administración en los Servicios de la Salud

Centro de Enfermedades Neurológicas y Nutricionales en Niños y Adolescentes (CENNA)

Miembro de la Sociedad Europea de Neurología Pediátrica

Médico Tratante de Neurología Pediátrica del Hospital San Francisco de Quito (IESS, Ecuador)

CENNA. Quito-Ambato, Ecuador, 2017

Dr. Nicolay Astudillo M.
Médico Pediatra
Neurólogo Pediatra
C.P. MSP: 180228451 B.O.A. 17-45-03079

Anexo 10. Formulario de referencia - Hospital de especialidades FF.AA N°1



FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo
			11/06/2016	14-10-0	1
			dia/mes/año	d-m-a	H-M-2

Nacionalidad	País	Lugar de residencia actual	Dirección Domicilio	N° Teléfono
Ecuatoriano	Ecuador			

Var Instructivo	Describir País	Diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle principal y Secundaria	Convencional o Celular

III. CONTRAREFERENCIA: 3 REFERENCIA INVERSA: 4

Entidad del sistema	Hist. Circa N°	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del Servicio
ISSFA	510346	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FF.AA N° 1	HGN	Auxiliares de Diagnóstico	GENETICA MEDICA

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "AMBATO"	HGN	18D01	25 04 2017

Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	diames	año

2. Resumen del cuadro clínico
 PACIENTE DE SEXO MASCULINO Y 10 MESES DE EDAD, REFERIDO POR ASESORA GENETICA DE AMBATO PARA CARIOTIPO POR HABER NACIDO CON CARDIOPATIA CONGENITA Y DISMORFIA FACIAL, RETRASO PSICOMOTRIZ.

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos
 SE TRATA DE UN BEBE, SIN ANTECEDENTES PRENATALES, NI PERINATALES RELEVANTES, QUE PRESENTA PCA, DISMORFIA FACIAL Y RETRASO PONDOESTATURAL, CON AFECTACION DE TALLA Y PESO Y PERCENTIL TERCERO COMBINADO PESO Y TALLA, ASI COMO RETRASO PSICOMOTRIZ.
 CONSIDERO SE DEBE DESCARTAR UNA GENOPATIA, PARA LO CUAL DEBE LLEVAR VALORACION INTEGRAL EN GENETICA Y POR OTRAS ESPECIALIDADES.

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados
 CARIOTIPO CONVENCIONAL.

5. Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
1 OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	Q28	X	

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad
 RECOMIENDO SOLICITAR INTERCONSULTA A CARDIOLOGIA PEDIATRICA Y ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA ENTRE TANTO SE PROFUNDIZA EVALUACION GENETICA.

Nombre del Profesional especialista: CONSULTORIO 1 GENETICA
 Código MSP: L: F: N:
 7. Referencia Justificada 1
 Firma

Anexo 11. Servicio de cardiología Hospital "Baca Ortiz"

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
HOSPITAL PEDIÁTRICO "BACA ORTIZ"
SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

Nombre y Apellidos:

Edad: 1 AÑO 6 MESES Fecha: 8/1/2018

Cédula de identidad: 1851257830

Procedencia: CONSULTA EXTERNA

Dr. COTILLA

VD	13	PP	5
AI	16	DdVi	23
Ao	14	DsVi	15
ExAo	9	Fac	36 %
TIV	5	FEVI	69 %

Situs Solitus

Concordancia AV-VA

Conexión normal de venas pulmonares y sistémicas

Aparatos valvulares de morfología y función normal

Ventrículo izquierdo con buena función sistólica

PCA permeable de 6x3mm con cortocircuito izquierda derecha y gradiente pico de 77 mmHg

Flujograma Pulmonar tipo I

Gradiente de regurgitación tricuspidea de 23 mmHg para una PSAP: 28 mmHg

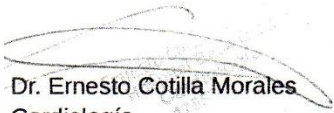
Tabiques íntegros

Arco aórtico libre


Flujo pulsátil en aorta abdominal

No masas no trombos no derrames

ID: DUCTUS ARTERIOSO PEQUEÑO A MEDIANO SIN REPERCUSIÓN
HEMODINÁMICA POR EL MOMENTO


Dr. Ernesto Cotilla Morales
Cardiología

Anexo 12. Hospital Pediátrico “Baca Ortiz”. Informe médico. Dirección Nacional de Discapacidades

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Código: GPPYSF001
	DIRECCIÓN NACIONAL DE DISCAPACIDADES	Versión: 01
	INFORME MÉDICO: CALIFICADOR/ ESPECIALISTA/TRATANTE	Páginas: 6
	Vigente: enero 2018	Área/Proceso: Prevención Primaria y Secundaria

Lugar y Fecha *Quito 24/10/2013*


Se ha procedido a realizar la Evaluación Médica de *Ysaías 25 1020* con cédula de identidad *1651 25 1020* quien registra la siguiente información:

DIAGNÓSTICO	CIE-10
<i>Condrito anterior permeable</i>	<i>Q250</i>

CUADRO CLÍNICO
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Crisis Respiratoria frecuente.</i> - <i>Logro Continuo</i> - <i>Insuficiencia Cardíaca por Hipertensión.</i>

TRATAMIENTOS RECIBIDOS	
Fecha de inicio de tratamiento	(dd/mm/aa) <i>28/8/2012</i>
Farmacológico/No farmacológico	(describir fármacos y dosis) <i>Furosemida y Espiridolona</i>
Rehabilitación	(terapia física, lenguaje, educación especial) -
Quirúrgico	(tipo y fecha de cirugía) <i>Cirugía v/s Antituberculosis Cardíaca</i>

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

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Código: GPPYSF001
	DIRECCIÓN NACIONAL DE DISCAPACIDADES	Version: 01
	INFORME MEDICO: CALIFICADOR/ ESPECIALISTA/TRATANTE <i>Vigente: enero 2018</i>	Páginas: 6
		Área/Proceso: Prevención Primaria y Secundaria.

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
<i>Mr Mr Cerebelo</i>		

Es todo cuanto puedo certificar para los fines consiguientes.



Nombres y Apellidos
 CC
 Especialidad
 Sello y Código

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

Anexo 13. Centro de Salud Vicentina. Formulario de referencia, derivación, contra referencia y referencia inversa MSP

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		Edad	Sexo
						11 06 2016		147	M
Nacionalidad	Pais	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte	1 lugar de residencia actual			Dirección Domicilio		N° Teléfono	
Colombiana	Colombia		18	01	07				
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria		Convencional/Celular	

II. REFERENCIA: 1 DERIVACIÓN: 2

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	
USP		CSU	A	JED01	
Referencia o Deriva a:					
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	Fecha	
USP	Centro Salud # 1	O/E	Terapia del lenguaje	21	01 2019

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutive	<input type="checkbox"/>	Saturación de capacidad instalada	4 <input type="checkbox"/>
Ausencia temporal del profesional	<input type="checkbox"/>	Otros/Especifique:	5 <input type="checkbox"/>
Falta de profesional	<input type="checkbox"/>	Terapia del lenguaje	

3. Resumen del cuadro clínico

Pate de 2 años 7 meses con antecedentes PCA y Sx. Neuro-funcional en estudio, se realiza visita domiciliar lo que refiere su mamá que no pronuncia palabras dice a mitad mamá

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

1	Terapia de lenguaje	CIE-10	PRE	DEF
2				

Nombre del profesional: Dra. Yessica Acosta Código MSP: 1721143269

III. CONTRAREFERENCIA: 3 REFERENCIA INVERSA: 4

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Contrarefiere o Referencia inversa a:					
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	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	PRE	DEF
2				

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

Nombre del profesional especialista: Código MSP: Firma:

Anexo 14. Evaluación del Test de Denver II. Centro de Salud N°1

Fuente: proporcionado por el Centro de Salud N. 1

Ministerio de Salud Pública

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		NOMBRES DEL PACIENTE		APELLIDOS DEL PACIENTE		SEXO		CÉDULA DE IDENTIDAD HISTORIA CLÍNICA	
Centro de Salud N°1						H X		M	
EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO						FECHA DE ATENCIÓN			
						dd mm aaaa			
						03 02 19			

MESES 2 4 6 9 12 15 18 24 30 36 AÑOS 3 4 5 6

Porcentaje de niños que pasan
25 50 75 90
Puede pasarse por reporte: R PUNTO DE PRUEBA
Número de notación: (Ver dorso de formulario)

PERSONAL - SOCIAL
MOTOR FINO - ADAPTIVO
LENGUAJE
MOTOR GRANDE

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

NORMAL	DUBOSO	ANORMAL
		/

DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA EVALUACIÓN:

Apellidos y Nombre: *Tania Carrasco*

Firma y Sello: *Tania*

MSP/DNEAIS-HCU-Form.028/mayo/2015

Test de Denver II

Anexo 15. Hojas de evolución - Centro de Salud N° 1 (Ingahurco)

Fuente: proporcionado por el Centro de Salud N. 1

ESTABLECIMIENTO		SEXO (M-F) N° HOJA	
Centro de Salud N° 1		M 1	
Ciudad		N° HOJA	
Villalobos		134961	
REGISTRAR EN ROJO LA ADMINISTRACIÓN DE FARMACOS Y OTROS PRODUCTOS (ENFERMERÍA)			

1 EVOLUCION			2 PRESCRIPCIONES	
FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA	NOTAS DE EVOLUCION	FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA ENFERMERIA Y OTRO PERSONAL)	FIRMAR AL PIE DE CADA PRESCRIPCIÓN
02/02/19		<p>Paciente de sexo masculino de 2 años 7 meses de edad</p> <p>Madre refiere que el niño no pronuncia ciertas palabras y no forma oraciones con dos palabras</p> <p>Al momento de la evaluación el niño es cooperativo, tiene poca atención al realizar las actividades y depende mucho de su madre</p>	<p>1. Medidas generales</p> <p>2. Picoevaluación</p> <p>3. Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sociointeracción - Ejercicios de respiración y soplo - Discriminación de colores primarios <p>4. Evaluación</p> <p>Quimer II</p> <p style="text-align: right;"><i>[Firma]</i></p>	
12/02/19		<p>Paciente de sexo masculino de 2 años 8 meses de edad</p> <p>Madre acude con el niño a terapia de lenguaje</p>	<p>1. Medidas generales</p> <p>2. Picoevaluación</p> <p>3. Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios de soplo - Mecanismos orofaciales - Reconocimiento de color rojo <p>4. Acudir a terapia</p> <p style="text-align: right;"><i>[Firma]</i></p>	
19/02/19		<p>Paciente de sexo masculino de 2 años 8 meses de edad</p> <p>Madre acude con el niño a terapia de lenguaje</p>	<p>1. Medidas generales</p> <p>2. Picoevaluación</p> <p>3. Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios de respiración y soplo - Reaxias linguales y bucales <p>4. Acudir a terapia</p> <p style="text-align: right;"><i>[Firma]</i></p>	
		<p>Paciente de sexo masculino de 2 años 8 meses de edad</p> <p>Madre acude con el niño a terapia de lenguaje</p>	<p>1. Medidas generales</p> <p>2. Picoevaluación</p> <p>3. Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimulación fonética y silábica - Mecanismos orofaciales <p>4. Acudir a terapia</p> <p style="text-align: right;"><i>[Firma]</i></p>	

SNS-MSP / HCU-form.005 / 2008

EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES (1)

N° CEDULA IDENTIDAD

ESTABLECIMIENTO

NOMBRE

APELLIDO

SEXO (M-F) N° HOJA

N° HISTORIA CLINICA

C.S. #1

11

INDICAR EN ROJO LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS Y OTROS PRODUCTOS (ENFERMERIA)

1 EVOLUCION		
FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA	NOTAS DE EVOLUCION
21/02/19		Paciente de sexo masculino de 2 años 8 meses de edad. Abuelita acude con el niño a terapia de lenguaje IDg: F80.0
25/02/19		Paciente de sexo masculino de 2 años 8 meses de edad. Abuelita acude con el niño a terapia de lenguaje IDg: F80.0

2 PRESCRIPCIONES		FIRMAR AL PIE DE CADA PRESCRIPCIÓN
FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA ENFERMERIA Y OTRO PERSONAL)		ADMINISTR. FARMACOS INSUMOS
1. Medidas Generales 2. Actividad física 3. Actividades: - Ejercicios de respiración y soplo - Mecanismos orofaciales - lenguaje expresivo 4. Acudir a terapia		
		<i>[Firma]</i>
1. Medidas Generales 2. Actividad física 3. Actividades: - Reentrenamiento - lenguaje comprensivo 4. Acudir a terapia		
		<i>[Firma]</i>

Anexo 16. Certificado de atención médica neuropediátrica



Certificado de Atención Médica Neuropediátrica

Ambato, 02 de marzo de 2019

Certifico que el paciente C.I: _____ fue atendido
en mi consultorio el 02 de marzo de 2019 Por Diagnostico de:

1. Parálisis Cerebral Infantil Hipotónica Gross Motor Function Clasification System III/IV.
2. Retraso Global del Desarrollo
3. Síndrome de Apnea Obstructiva
4. Persistencia del Conducto Arterioso

Requiere Terapia de estimulación Temprana y control bimensual.

Emito el presente certificado, por solicitud de la madre, para los fines correspondientes.

Atentamente


Dr. Nicolay Astudillo Mariño

Dr. Nicolay Astudillo
Médico Pediatra
Neurología Pediátrica
CENNA

Médico, Especialista en Pediatría (UCE-Ecuador)
Subespecialista en Neurología Pediátrica (UNAM-México)
Master en Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) y Trastorno de déficit de atención hiperactividad (TDAH) (USJ-España) Certificado LINCA para el tratamiento Biomédico de TEA (Perú)
Administración en los Servicios de la Salud (Ecuador)
Director Médico-Administrativo del Centro de Enfermedades Neurológicas y Nutricionales en Niños y Adolescentes (CENNA)
Ex - Médico tratante de Neurología Pediátrica del Hospital San Francisco de Quito, IESS.
Médico tratante de Neurología Pediátrica Asociado al Hospital-Clinica AXXIS (Quito).
Médico tratante de Neurología Pediátrica Asociado al Hospital de los Valles (Quito).
Docente Universitario del Postgrado de Pediatría de las Universidades Central y Católica del Ecuador.
Miembro de la Sociedad Europea de Neurología Pediátrica
Quito, Ecuador, 2019.

Anexo 17. Peso y talla – Hospital Metropolitano

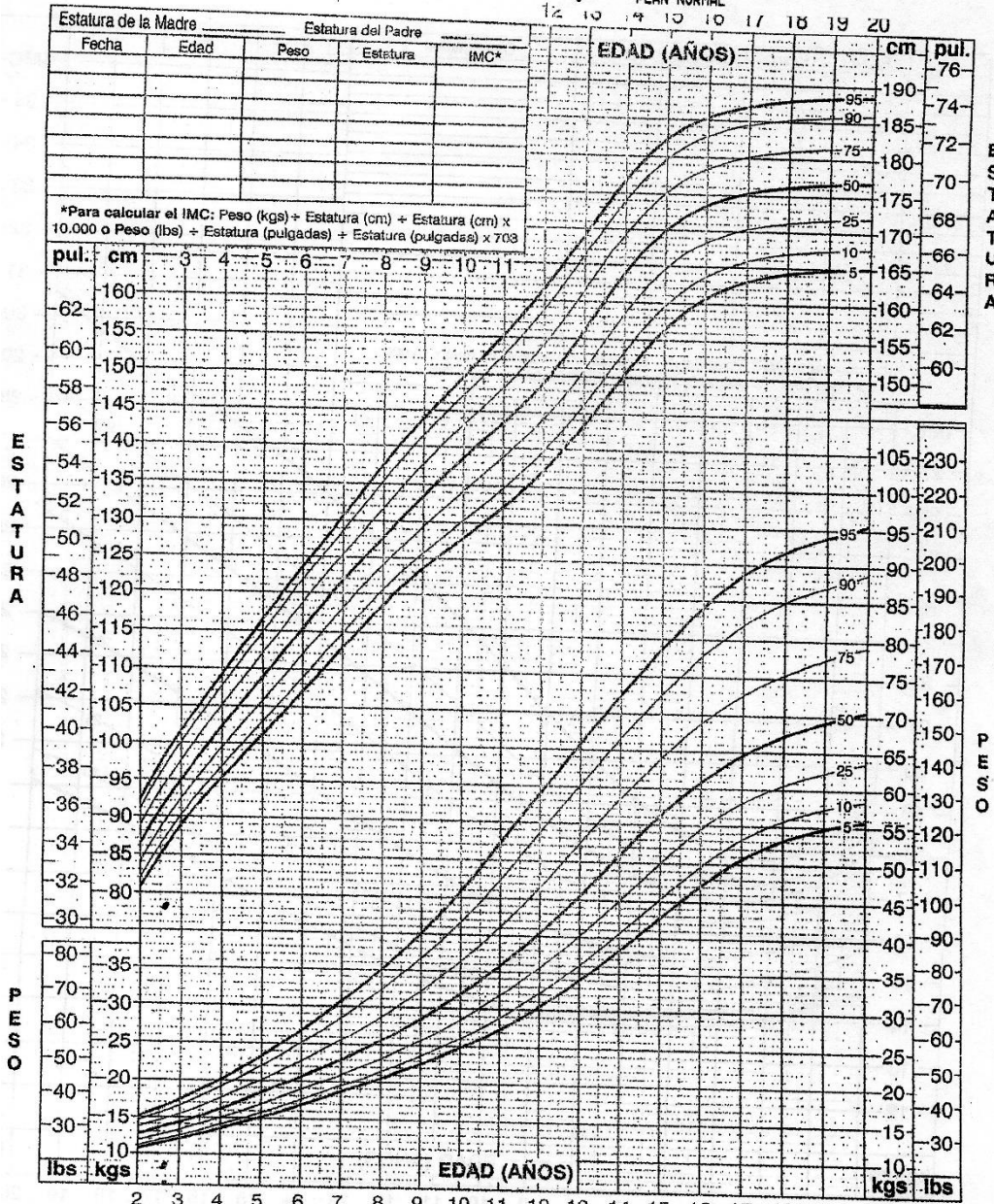
Fuente: proporcionado por el Hospital Metropolitano

2.a 20 años: Niños
 Percentiles de Estatura por edad y Peso por Edad

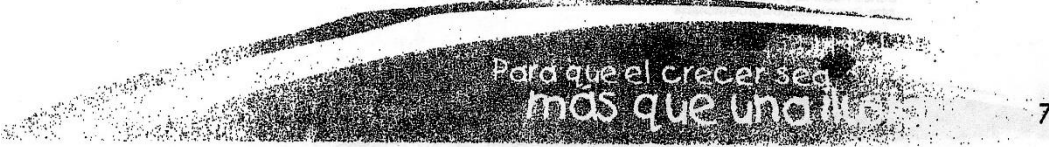


Hab: _____
 Edad: 2a 9m 1d Sexo: M
 Dr(a): DE ZAYAS OLAZAB
 F. Ing: 12/03/2019 13:56
 ID: _____

HC 81702101 no: 1
 CVN: 0 PLAN NORMAL

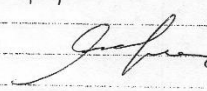


Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 21 de noviembre del 2000).
 FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



Anexo 18. Hojas de evolución y exámenes - Hospital metropolitano

Fuente: proporcionado por el Hospital Metropolitano

1 EVOLUCIÓN		2 PRESCRIPCIONES	
FECHA	HORA	NOTAS DE EVOLUCIÓN	FARMACOTERAPIA E INDICACIONES
02 MAY 2019		<p> $SO_2: 93\%$ FC: 128x L¹ Pico: 7,8 fg. rta: 79,5u OT □ □ 20 □ 18 3/2 □ </p> <p> Paciente quim postop. Retorno de CEEC oncol y desarrollo, exordio de coag. h. pot. de Idg. - Autoagrativ? </p>	<p> Corati pa.  Dra. Germonia Moreta D MÉDICA GENETISTA MSP Libro 24 - Folio 1 - No. 1 </p>

SNS-MSP/HCU-form.006/2008

Pág. N°

EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES (2)

NOTA: NO OLVIDE FIRMAR Y SELLO EN LA PARTE DE ATRÁS DE ESTA HOJA



Hab:
Edad: 2a 9m 17d Sexo: M
Dr (a): CORTEZ FLORES I
F. Ing: 28/03/2019 09:06
ID:

Hc: 81702101 ad: 2
CVN:
0 PLAN NORMAL

1 EVOLUCIÓN		2 PRESCRIPCIONES	
FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA	FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA
16-04-19			
<p>Cardiología pediátrica Cardiografía PE Ø 0.3 x 0.3 cm. PAM normal Sin dila simétrica aórtica</p> <p><i>[Firma]</i> Dra. M. Patricia Cortez F. CARDIOLOGA PEDIATRA MSP 1703825990</p>		<p><i>[Firma]</i> Dra. M. Patricia Cortez F. CARDIOLOGA PEDIATRA MSP 1703825990</p>	
22 ABR 2019			
<p>SO₂: 77 FC: 79 T: 36.5c Pao: 7.9 Kp PaO: 77.9c</p> <p>Criptic laríngeo Poca de 3 vici con aumento de retroa pro aort impo. ta, caudal en estudio.</p> <p>Refundo x apnope ha para persistencia de pulso aórtico (SCP)</p> <p>Eco: PEA 0.3 Ø aumento de AI+ vi un PAP ko Poo empie.</p>		<p>Poo empie P. Polioctoides propus dosis 4 días pulso de empie</p> <p><i>[Firma]</i> Dra. Sonia Macías MSP 1703825990 22/04/19</p> <p><i>[Firma]</i></p>	

REPORTE DE ECOCARDIOGRAMA

Nombre: \ Fecha: 11 de Abril del 2019

Edad: 2año 10ms | Peso: 8 Kg. | Talla 78 cm: | S.C.: | TA: 110p

No. H 8 | Cas.: | Sat. %

MODO M:		
	Paciente (cm)	Z score
Anillo mitral/Anillo Tricúspide	1.7/1.5	
Ventriculo derecho	0.73	-2.31
Ventriculo izquierdo (Diástole)	3.26	2.37
Ventriculo izquierdo (Sístole)0.	2.22	2.64
Espesor del septum	0.37	-0.71
Espesor de la pared posterior VI	0.38	3.2
Fracción de Eyección (%)	61%	60-76%
Fracción de Acortamiento	31%	29-35%
Raíz de Aorta	1.5	
Aurícula Izquierda	1.8	1.12
Relación Ai/ Ao	1.20:1	
Anillo aórtico	1.0	0.56
Raiz/Región sinutubular	1.7/1.3	2.39/1.67
Anillo pulmonar	1.8/1.9	3.30/3.31
Ramas pulmonares derecha e izquierda	0.9	1.56

ESTUDIO DOPPLER

	VELOCIDAD MÁXIMA		GRADIENTE	AREA
	Sístole	Diástole	mmHg.	CM (cuadrados)
Aorta	1.23			
A. Pulmonar	0.93			
Mitral		0.86/0.40		E/A 2.2
Tricúspide	2.72	0.49/0.32	30	E/A 1.5
TSVI	0.66			
Aorta Descend				
PCA	3.73		56	

HALLAZGOS ANATOMICOS:

1.-Situs, solitus, levocardia, levoapex. 2.-Relación anatómica normal.3.-Predominio de cámaras izquierdas. 4.- Normofuncion de ventrículo izquierdo. TAPSE cm 5.-Conducto arterioso permeable de 0.3 cm x 0.3 cm algo flexuoso. 6.- Coronaria izquierda de 0.14 cm y coronaria derecha de 0.11 cm. 7.- Pericardio Normal

ESTUDIO DOPPLER: Corto circuito de izquierda a derecha a través de un Conducto arterioso permeable con un gradiente de 56 mm Hg, Estimación de presión pulmonar en 40 mm Hg.

CONCLUSION: Conducto arterioso permeable de 0.3 cm x 0.3 cm alto atípico. Insuficiencia tricuspidea leve. Presión arterial pulmonar 40 mm Hg

Atentamente,
Dra. Lucia Gordillo
Dra. Lucia Gordillo

Dra. Lucia Gordillo T.
CARDIOLOGA
MSP: 100055004
INH: 17081962

Datos de filiación del paciente

			Fecha del estudio: 11/04/2019	
ID del paciente: |	N.º de ingreso: |		ID alt:	
Fecha nacim.: 11/06/2016	Edad: 34m 0d	Sexo: M	Estatura: 78c m	Peso: 8kg ASC: 0.41 m ²
Institución: HOSPITAL METROPOLITANO				
Remitido por: DZOM				
Médico de cabecera:			Realizado por: DRA G	
Comentarios:				

Ecocard. ped.: Mediciones y cálculos**2D**

Diám anillo VP	1.8 cm	Diám raíz Ao (2D)	1.7 cm	Diám VM	1.7 cm
Diám APP	1.9 cm	Diám UST Ao	1.3 cm	Área VM (planim)	0.041 cm ²
Diám APD	0.9 cm	Área raíz Ao	2.27 cm ²	Área VM	0.041 cm ²
Área APP	2.84 cm ²	Diám VT	1.5 cm	Principal izq	0.14 cm
Diám anillo VAo	1.0 cm	Área VT	1.77 cm ²	ArtCorDer	0.11 cm

Modo M

DIVD d (MM)	0.734 cm	VE (MM-Teich)	26.2 ml	AI/Ao (MM)	1.20
TIV d (MM)	0.376 cm	AF (MM-Teich)	31.9 %	Masa VI (cúbico)	38.7 g
DIVI d (MM)	3.26 cm	FE (MM-Teich)	61.2 %	Índice masa VI (cúb)	94.4 g/m ²
PPVI d (MM)	0.680 cm	IE (MM-Teich)	63.9 ml/m ²	VTD (MM-cúbico)	34.6 ml
TIV s (MM)	0.483 cm	% TIV (MM)	28.5 %	VTS (MM-cúbico)	10.9 ml
DIVI s (MM)	2.22 cm	% PPVI (MM)	34.3 %	VE (MM-cúbico)	23.7 ml
PPVI s (MM)	0.913 cm	TIV/PPVI (MM)	0.553	AF (MM-cúbico)	31.9 %
VTD (MM-Teich)	42.8 ml	Diám raíz Ao (MM)	1.5 cm	FE (MM-cúbico)	68.5 %

11/04/2019

Creado: 08:12PM 11/04/2019

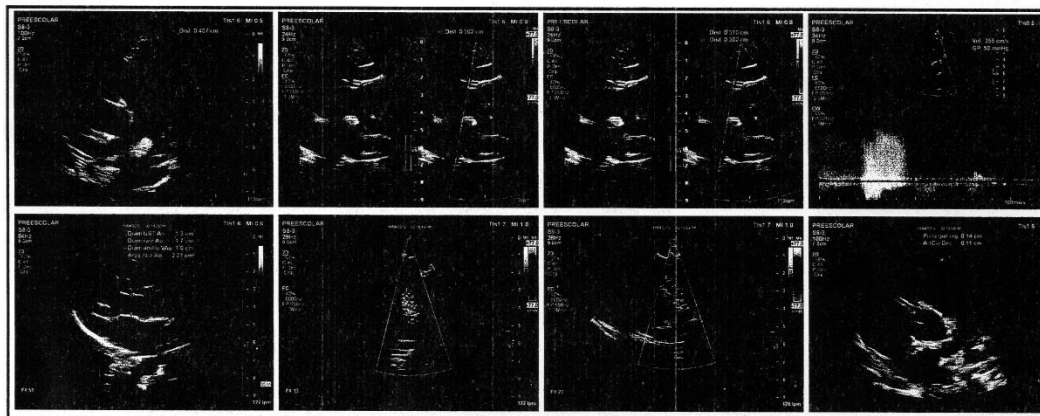
1

VTS (MM-Teich)	16.6 ml	○	Dimen AI (MM)	1.8 cm	○ (MM-cubico)	57.8 ml/m ²
----------------	---------	---	---------------	--------	---------------	------------------------

Doppler

VM - T ^{1/2} P		Vel A apical VT		GP máx Ao desc (compl)	3 mmHg
T ^{1/2} p	57 ms	Vel	32.6 cm/s		
		GP	0 mmHg		
Vel E apical VM		E/A VT	1.5	GP máx VP	
Vel	86.8 cm/s			GP máx	4 mmHg
GP	3 mmHg			Vmáx	93.7 cm/s
Tiempo	143 ms				
Vel A apical VM		GP máx TSVI		Vel sist CAP	
Vel	40.0 cm/s	GP máx	2 mmHg	Vel	373 cm/s
GP	1 mmHg	Vmáx	66.3 cm/s	GP	56 mmHg
E/A VM	2.2	GP máx VAo		Pendiente desaccel VM	449 cm/s ²
		GP máx	6 mmHg		
		Vmáx	123 cm/s		
Vmáx IT		GP máx Ao desc		AVM (T ^{1/2} P)	3.86 cm ²
GP máx	30 mmHg	GP máx	5 mmHg		
Vmáx	272 cm/s	Vmáx	114 cm/s		
Vel E apical VT		GP máx VAo (compl)	4 mmHg		
Vel	49.7 cm/s				
GP	1 mmHg				

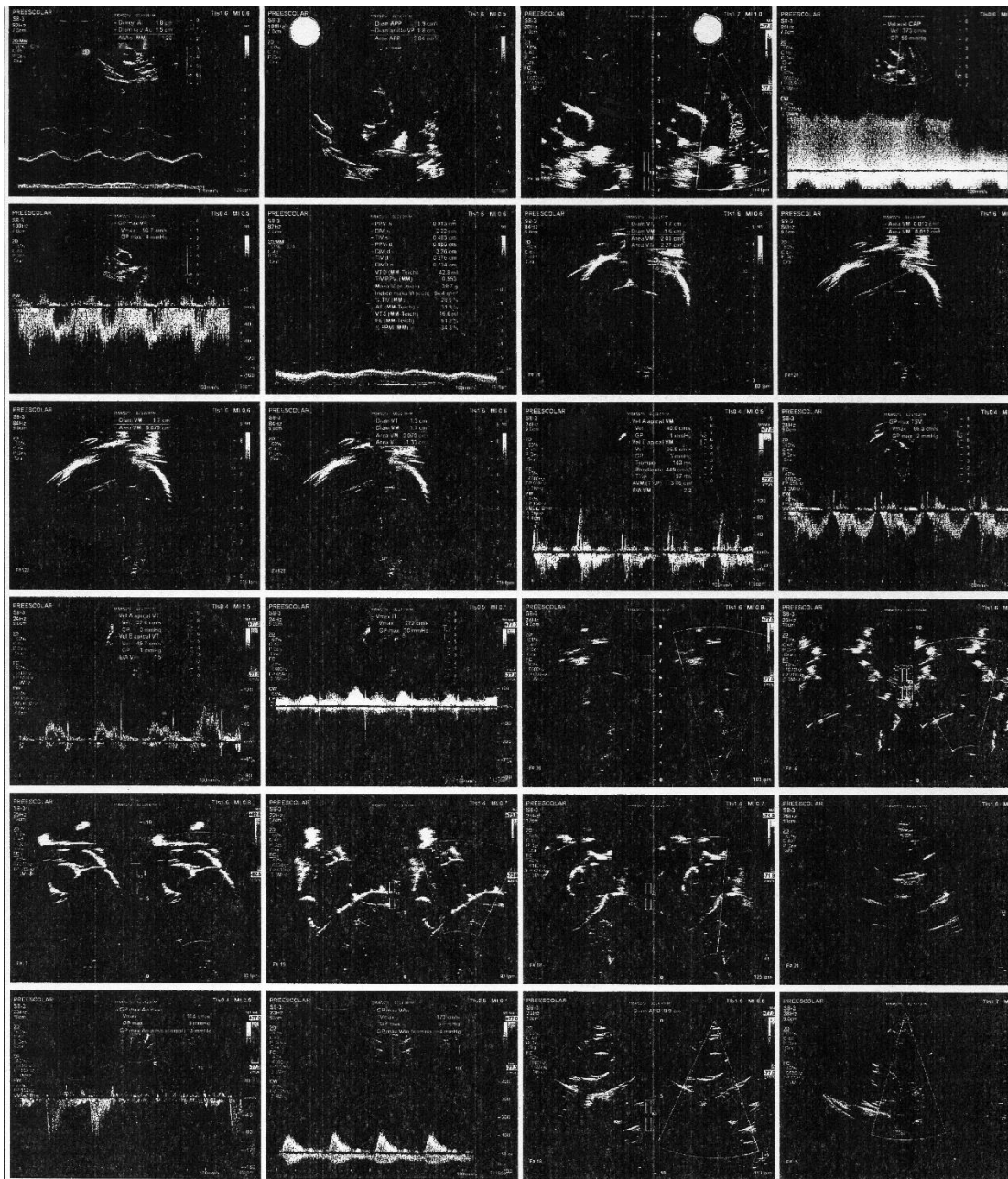
Imágenes



11/04/2019

Creado: 08:12PM 11/04/2019

2



Dra. Patricia Cortez

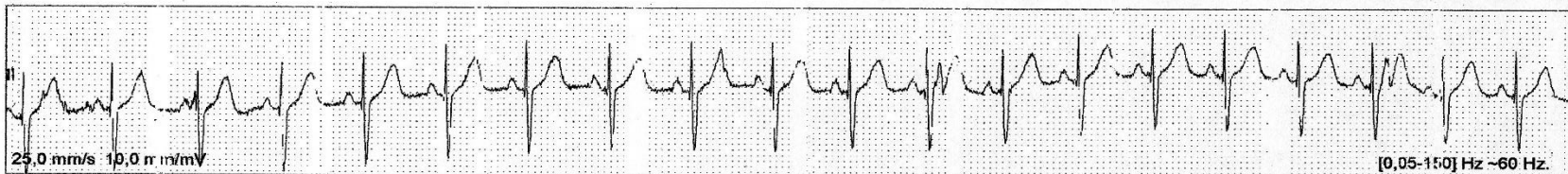
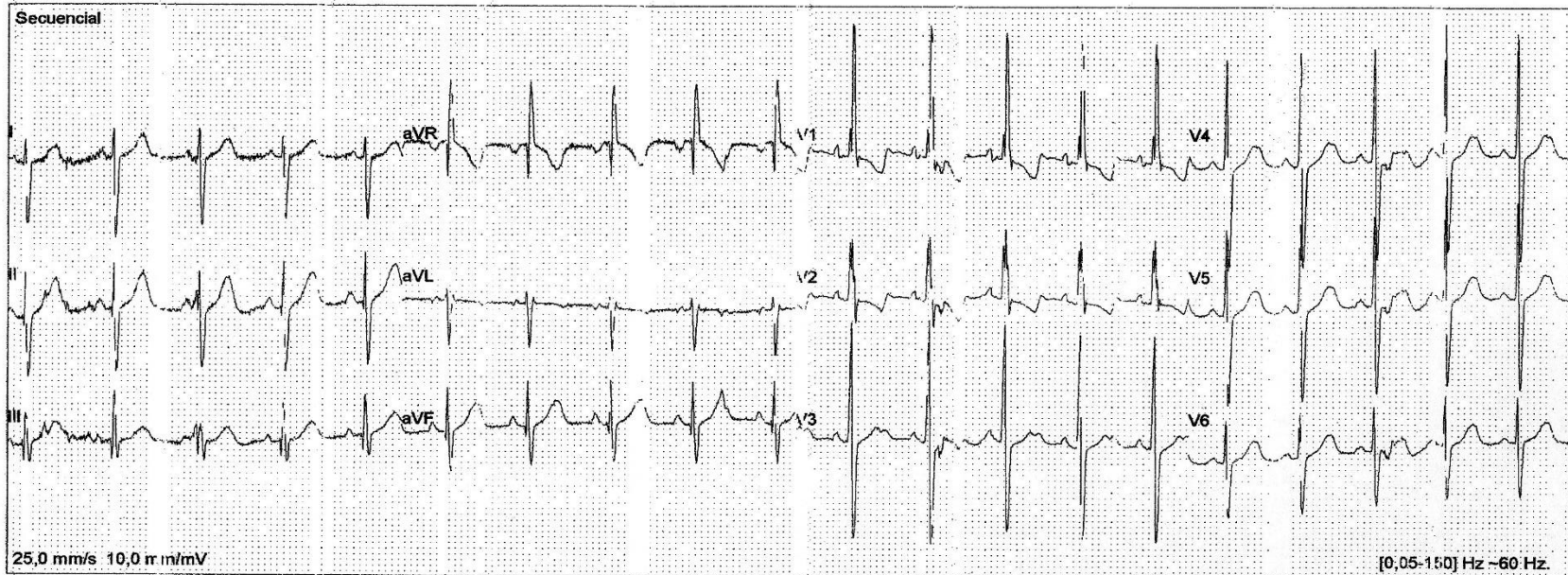
Nombre:
Número:
Genero: Hombre
Fecha nacimiento 11/07/2016 2 años

P / PQ: 80 ms / 105 ms
QRS: 67 ms
QT / QTc / QTd: 293 ms / 398 ms / -
Eje P/QRS/T: 57° / -153° / 62°
Frec. cardíaca: 120 lpm

Registrado: 28/03/2019 11:26:56
Registrado por:
Procedente de Dr.:
Médico remitente:
Médico responsable de la a:
Lugar:
Comentario:

Interpretación confirmada: editada en 28/03/2019 11:30:12 por ?

RITMO SINUSAL
DESVIACION DE EJE ANTERO-SUPERIOR
HV1
DRA. PATRICIA CORTEZ, F.





Hc 81702101 ad: 2
CVN: 0
PLAN NORMAL

Hab:
Edad: 2a 9m 17d Sexo: M
Dr (a): CORTEZ FLORES I
F. Ing: 28/03/2019 09:06
ID: 1851257830

OBJETIVO: Proporcionar educación necesaria a pacientes y/o familiares para minimizar riesgo de caídas.

ESCALA DE MORSE (PACIENTE ADULTO)			VALORACIÓN INICIAL	REEVALUACIÓN
		FECHA		
		ÁREA		
		TURNO		
Caídas previas (dentro de los últimos 3 meses)	NO	0		
	SI	25		
Comorbilidades	NO	0		
	SI	15		
Ayuda para deambular (marque solo una)	Ninguna / Reposo en cama / Asistencia	0		
	Bastón / Muletas / Caminador	15		
	Se apoya en los muebles	30		
Venoclisis	NO	0		
	SI	20		
Marcha	Normal / Reposo en cama / Silla de ruedas	0		
	Débil	10		
	Limitada	20		
Estado mental	Reconoce sus limitaciones	0		
	Sobreestima u olvida sus limitaciones			
PUNTAJE OBTENIDO				

RIESGO	PUNTAJE	ACCIÓN
	0 - 24	Cuidados mínimos de enfermería
MEDIO	25 - 50	Implementación de plan de prevención
	Mayor de 50	Implementación de medidas especiales

ESCALA DE MACDEMS (PACIENTE PEDIÁTRICO)			VALORACIÓN INICIAL	REEVALUACIÓN
		FECHA		
		ÁREA		
		TURNO		
		28 MAR 2019		
Edad	Recién Nacido	2	S	
	Lactante menor	2		
	Lactante mayor	3		
	Pre-escolar	3		
Antecedentes de caídas previas	Escolar	1		
	NO	0		
Antecedentes	SI	1		
	Hiperactividad	1		
	Problemas Neuromusculares	1		
	Síndrome convulsivo	1		
	Daño orgánico cerebral	1		
	Otros	1		
Compromiso de conciencia	Sin antecedentes	0		
	NO	0		
PUNTAJE OBTENIDO	SI	1		

RIESGO	PUNTAJE	ACCIÓN
	0 - 1	Cuidados mínimos de enfermería
MEDIO	2 - 3	Implementación de plan de prevención
	4 - 6	Implementación de medidas especiales

INTERVENCIONES

	MEDIANO RIESGO	
	IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE PREVENCIÓN	
Cumplir con la EDUCACIÓN INICIAL SOBRE RIESGOS DE CAÍDAS AL INGRESO y reevaluación por cambios en la condición de salud <input type="checkbox"/>	Cumplir con las medidas de BAJO RIESGO	<input type="checkbox"/>
	Reevaluación por cambios en la condición de salud	<input type="checkbox"/>
	Identificar factores de riesgo relacionados al entorno del paciente	<input type="checkbox"/>
	Educar al paciente y familias sobre movilización segura de pacientes	<input type="checkbox"/>
	Aplicar intervenciones específicas a sus factores de riesgo	<input type="checkbox"/>
	Cumplir con las medidas de BAJO RIESGO	<input checked="" type="checkbox"/>
	Ubicar al paciente cerca a la estación de enfermería	<input type="checkbox"/>
	Aplicar intervenciones específicas asociadas a sus factores de riesgo	<input type="checkbox"/>
	Evaluar nivel de conciencia	<input type="checkbox"/>
	Valorar necesidades de sujeción	<input type="checkbox"/>

**EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE
RIESGO DE DAÑO CAUSADO POR CAÍDAS**

**Todo paciente, familiar y/o representante legal reciben educación sobre riesgo de daño
causado por caídas. Tome en cuenta:**

- Informar al personal de salud si el paciente se queda solo
- Los niños deben estar en cuna con frenos y barandas elevadas
- La cama debe permanecer baja con barandas elevadas y frenos
- En neonatos uso apropiado de cunas, incubadoras y termocunas
- Las sillas de ruedas y camillas con medidas de sujeción y frenos
- Use el timbre en caso de requerir atención, NO intente o permita que el paciente se levante SOLO
- Use zapatillas o zapatos antideslizantes (no permita que el paciente camine descalzo o en medias)
- Las habitaciones o cubículos deben estar iluminados las 24 horas
- Si el piso esta mojado solicitar atención
- El paciente de riesgo media o alto, debe estar acompañado por un familiar o representante legal (excepto en procedimientos o áreas restringidas)

Familiar y/o representante legal firman el presente documento una vez recibida la educación por el personal de enfermería

Fecha: 28 MAR 2019

Yo, X Maria Jativa, con Cédula de identidad X

He sido informado y educado sobre riesgo de daño de caídas que puede tener mi hijo debido a su condición de salud.

Estoy conciente que el paciente debiera permanecer con compañía durante su estadía
Exonero al Hospital Metropolitano cualquier responsabilidad que se derive del incumplimiento de esta política.

Nombre del paciente, familiar y/o representante legal: X Namd

Firma: X [Signature]

C.I.: 1803252186

Nombre de la Enfermera:

Firma: [Signature]
*Esc. Salud Nuestras
MSP Libro 26 Folio: 2 N.6
27-mar-19*

C.I.: 0201950472

Observaciones: _____

REEVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS

La reevaluación de pacientes con riesgo de caídas se realizó cuando se produzca un cambio en la condición del paciente bajo los mismos parámetros de evaluación como: caídas previas, administración de anestesia, pacientes postoperados, cambio en la condición clínica del paciente, medicamentos como: laxantes, diuréticos, etc.



Hospital **Metropolitano**

H. CLINICA CONSULTA EXTERNA

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO		EDAD		HISTORIA CLINICA	
HOSPITAL METROPOLITANO						M		1		1	
EDAD	IDENTIFICACION	FECHA ADMISION	FECHA CONSULTA	UBICACION		MEDICO RESPONSABLE					
2a 9m 1d		12/03/2019	12/03/2019			DE ZAYAS OLAZABAL MONIKA DE LOS ANGELES					

PROBLEMAS DE CORAZON

EDAD: 2 AÑOS 8 MESES
 LUGAR DE NACIMIENTO/RESIDENCIA: AMBATO
 GRUPO SANGUINEO: DESCONOCE → A+
 APP: PCA ESTA EN TRATAMIENTO CON ESPIRONOLACTONA Y FUROMEMIDA, PCI, RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO, RINITIS ATOPICA
 APF: FAMILIA PATERNA: CANCER
 ALERGIA A MEDICAMENTOS: NO REFIERE
 INTERVENCION Q: NO REFIERE
 TRANSF: NO REFIERE
 TRAUMATISMOS: NO REFIERE
 DPM: RETRASADO
 VACUNACION: ACTUALIZADA

PACIENTE DE 2 AÑOS 8 MESES CON ANTECEDENTES DE PCA, PCI HIPOTONICA , RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO. ESTA EN SEGUIMIENTO EN HOSPITAL BACA ORTIZ.

1 ORGANOS DE LOS SENTIDOS	X	3 CARDIO VASCULAR	X	5 GENERAL	X	7 MUSCULO ESQUELETICO	X	9 HEMO LINFATICO	X
2 RESPIRATORIO	X	4 DIGESTIVO	X	6 URNARIO	X	8 ENDOCRINO	X	10 NERVIOSO	X

3. SOPLO CARDIACO

FECHA DE MEDICIO	12/03/2019 00:00
TEMPERATURA	36.4 (Axilar)
PRESION ARTERIAL	/
PULSO/mir / FREC RESPIR	115 / 20
PESO/Kg/ TALLA/cm / IMC	7.9 / 77 / 13.32

1 CABEZA	X	2 CUELLO	X	3 TORAX	X	4 ABDOMEN	X	5 PELVIS	X	6 EXTREMIDADES	X
----------	---	----------	---	---------	---	-----------	---	----------	---	----------------	---

1	TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO	F84	X	PARALISIS CEREBRAL, SIN OTRA ESPECIFICO	G80.9	X
---	---	-----	---	---	-------	---

12/03/2019 15:48:34



H. CLINICA CONSULTA EXTERNA

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	SEXO	EDAD	HISTORIA CLINICA	ADM
HOSPITAL METROPOLITANO		M	2		1
FECHA	HORA	FECHA ADMISION	FECHA ALTA	MÉDICO TRATANTE	
2a 9m 1d	0	12/03/2019	12/03/2019	DE ZAYAS OLAZABAL MONIKA DE LOS ANGELES	

CONDUCTO ARTERIOSO PERMEABLE	Q25.0	<input checked="" type="checkbox"/>
------------------------------	-------	-------------------------------------


IC PEDIATRIA, IC CARDIOLOGIA, IC NEUROLOGIA	Dra. De Zayas O. Mónica
---	-------------------------

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	DE ZAYAS MONICA	FECHA	ESPECIALIDAD
12/03/2019	15:40				DOCTORA EN MEDICINA

SNS-MSP / HCU-form.002 / 2008

CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO

Anexo 19. Hospital Pediátrico “Baca Ortiz”. Informe médico. Dirección Nacional de Discapacidades

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Código: GPPYSF001
	DIRECCIÓN NACIONAL DE DISCAPACIDADES	Versión: 01
	INFORME MEDICO: CALIFICADOR/ ESPECIALISTA/TRATANTE	Páginas: 6
	Vigente: enero 2018	Área/Proceso: Prevención Primaria y Secundaria

Lugar y Fecha..... Quito 29 de octubre 2018

Se a realizar la Evaluación Médico de de: 1851257820 con cédula de Int. 1851257820 quien registra la siguiente información:

DIAGNÓSTICO	CIE-10
<u>Falta del desarrollo fisiológico normal</u>	<u>R62</u>
<u>Asociación con etiología no especificada</u>	<u>Q99.9</u>


CUADRO CLÍNICO
<u>Paciente con cuadro caracterizado por retraso del desarrollo sintónico, con disfunción funcional y cardiopatía</u>

TRATAMIENTOS RECIBIDOS	
Fecha de inicio de tratamiento	(dd/mm/aa)
Farmacológico/No farmacológico	(describir fármacos y dosis)
Rehabilitación	(terapia física, lenguaje, educación especial)
Quirúrgico	(tipo y fecha de cirugía)

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



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Código: GPPYS
	DIRECCIÓN NACIONAL DE DISCAPACIDADES	Versión: 01 Páginas: 6
	INFORME MEDICO: CALIFICADOR/ ESPECIALISTA/TRATANTE	Área/Proceso: Prevención Primaria Secundaria.
	<i>Vigente: enero 2018</i>	

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

SECUELAS PERMANENTES E IRREVERSIBLES	CIE-10	CUADRO CLÍNICO
<i>Disfagia Anorexia no especificada</i>	<i>Q999</i>	

Es todo cuanto puedo certificar para los fines consiguientes.

Md. Juan Carlos Pozo P.
GENETISTA CLÍNICO
 C.I. 0104201579
 Nombres y Apellidos
 CC
 Especialidad
 Sello y Código

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