



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“MUSICOTERAPIA Y ESTIMULACIÓN SENSORIAL ENFOCADO EN EL SÍNDROME WEST CON ALTERACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, MEDIANTE EL USO DEL MÉTODO PADOVAN”

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

Autor: Paucar Apupalo Jimson Abraham

Tutora: Lcda. Mg. Tayo Pazmiño Ana Cristina

Ambato – Ecuador

Septiembre 2021

APROBACIÓN DEL TUTOR DE GRADO

En calidad de Tutora del Análisis De Caso sobre el tema: **“MUSICOTERAPIA Y ESTIMULACIÓN SENSORIAL ENFOCADO EN EL SÍNDROME WEST CON ALTERACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, MEDIANTE EL USO DEL MÉTODO PADOVAN”** de Jimson Abraham Paucar Apupalo, estudiante de la carrera de Estimulación Temprana, considero que reúne los requisitos necesarios para ser sometida a evaluación por el jurado calificador designado por el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre del 2021

LA TUTORA

.....

Lcda. Mg. Tayo Pazmiño Ana Cristina

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso clínico sobre **“MUSICOTERAPIA Y ESTIMULACIÓN SENSORIAL ENFOCADO EN EL SÍNDROME WEST CON ALTERACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, MEDIANTE EL USO DEL MÉTODO PADOVAN”**, los objetivos, el contenido, ideas, análisis, conclusiones y propuesta de tratamiento son responsabilidad de mi persona, como autor del presente trabajo de grado.

Ambato, Septiembre del 2021

EL AUTOR



.....
Paucar Apupalo Jimson Abraham

DERECHO DE AUTOR

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

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

Ambato, Septiembre del 2021

EL AUTOR



.....
Paucar Apupalo Jimson Abraham

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el presente trabajo de titulación, sobre el tema: **“MUSICOTERAPIA Y ESTIMULACIÓN SENSORIAL ENFOCADO EN EL SÍNDROME WEST CON ALTERACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, MEDIANTE EL USO DEL MÉTODO PADOVAN”** de Paucar Apupalo Jimson Abraham, estudiante de la Carrera de Estimulación Temprana.

Ambato, Septiembre del 2021

Para la constancia firman

.....

PRESIDENTE/A

.....

1era VOCAL

.....

2da VOCAL

DEDICATORIA

“...Encomienda tus obras a Yahvé y tus proyectos se realizarán...”

(Prov. 16:3)

Este Análisis de Caso Clínico dedico a mis Padres, Luis Paucar (+) y María Apupalo, quienes me inculcaron valores como la humildad, el respeto y la perseverancia. También a Ximena, Henry, Lorena, Jayden y Salome, que sin dudar me brindaron su apoyo y confianza, para poder culminar mis estudios y poder demostrar mi potencial como estudiante y actualmente como profesional.

Gracias por su confianza, una meta más que cumplimos juntos como Familia.

Paucar Apupalo Jimson Abraham.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por darme sabiduría, cuidarme y bendecirme en cada lugar que me ha puesto, para dar lo mejor de mí.

A mis docentes, por brindarme sus conocimientos, experiencias, amistad y consejos que ayudaron a formarme como profesional.

A la Licda. Isabel Peralvo y Licda. María José Córdova por impartir sus conocimientos y experiencia profesional, formando un equipo multidisciplinario para llevar a cabo con éxito la elaboración de este Análisis de Caso.

A mi tutora, por guiarme en el desarrollo de este Análisis de Caso Clínico.

A mis padres, por guiarme, apoyarme y aconsejarme, para cumplir cada una de las metas que me eh propuesto.

A mi hermana, Ximena Paucar, por el apoyo, cariño y confianza, por ser un pilar fundamental en mi vida e indicarme que los sueños cuando tenemos a Yahvé en nuestras vidas se cumplen.

Paucar Apupalo Jimson Abraham.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDO

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR DE GRADO	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHO DE AUTOR.....	iv
ATRIBUCIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT	xiv
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	6
2.1 OBJETIVO GENERAL:.....	6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	6
3. DESARROLLO	7
3.1 RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE Y NO DISPONIBLE	7
3.1.1 RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE.....	7
3.1.2 RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN NO DISPONIBLE.	8
3.2. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	8
ANTECEDENTES PRENATALES	9

ANTECEDENTES PERINATALES.....	9
ANTECEDENTES POSTNATALES.....	9
3.2.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO...	10
3.3 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	15
3.3.1. FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS	15
3.3.2. FACTORES DE RIESGO SOCIALES	16
3.3.3. FACTORES DE RIESGOS AMBIENTALES	16
3.4 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD	16
3.4.1 OPORTUNIDADES DE LA SOLICITUD DE LA CONSULTA .	16
3.4.2 ACCESO.....	16
3.4.3 CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN	17
3.4.4 OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN	17
3.4.5 TRÁMITES ADMINISTRATIVOS	17
3.5 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS	17
3.5.1 Espasmos infantiles.....	17
3.5.2 Retraso en áreas del Desarrollo.....	18
3.5.3 Atención inadecuada por falta de equipamiento	18
3.5.4 Dificultades en el seguimiento de la patología	18
3.5.5 Desconocimiento de la patología	18
3.5.6 Alteración del Desarrollo Psicomotor	18
4. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	18
4.1 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO	20

4.2 Estimulación Sensorial (ES)	21
4.3 Musicoterapia (MT)	22
4.4 Avance del Control Cefálico.....	22
4.5 Síndrome de West (SW).....	23
4.5.1 Diagnóstico y criterios de diagnóstico	24
4.5.2 Tratamiento para el Síndrome de West.....	24
4.5.3 Complicaciones	25
4.5.4 Manifestaciones Clínicas	25
4.6 Valoración mediante la Escala de Evaluación del desarrollo Psicomotor: 0 a 2 años	26
4.7 Resultados de la valoración de la Escala de Evaluación del desarrollo Psicomotor: 0 a 2 años	27
4.8 Plan de tratamiento.....	31
5. CONCLUSIONES	52
6. MATERIALES DE REFERENCIA	53
Referencias Bibliográficas	53
LINKOGRAFÍA:	55
CITAS BIBLIOGRÁFICAS: BASE DE DATOS UTA.....	56
7. ANEXOS.....	57
Anexo 1. Consentimiento informado	57
Anexo 2. Autorización del centro	58
Anexo 3. Entrevista.....	59
Anexo 4. Esquema de vacunación	60

Anexo 5. Historia clínica del centro inclusivo de desarrollo el peral	61
Anexo 6. Escala de Evaluación del desarrollo Psicomotor: 0 a 2 años.....	72
Anexo 7. Historia clínica del HPDA.....	75
Anexo 8. Reporte de EEG.....	77
Anexo 9. Certificado de discapacidad.....	79
Anexo 10. Certificado emitido por el HPDA.....	80
Anexo 11. Informe de TAC simple de cráneo	81
Anexo 12. Informe de resonancia magnética simple de cráneo + difusión	82
Anexo 13. Informe de RX miembro inferior	83
Anexo 14. Evidencias.....	85

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Caracterización de las Oportunidades de Mejora</i>	19
<i>Tabla 2. Aplicación de Escala del Desarrollo Psicomotor</i>	28

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

Tema: “MUSICOTERAPIA Y ESTIMULACIÓN SENSORIAL ENFOCADO EN EL SÍNDROME DE WEST CON ALTERACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, MEDIANTE EL USO DEL MÉTODO PADOVAN”

Autor: Paucar Apupalo Jimson Abraham

Tutor: Lcda. Mg. Tayo Pazmiño Ana Cristina

Fecha: Septiembre 2021

RESUMEN

El síndrome de West o espasmos infantiles es una encefalopatía epiléptica o alteración cerebral de origen desconocido, caracterizado por la triada de espasmos infantiles, hipsarritmia y regresión del desarrollo, afecta el desarrollo global, siendo el área psicomotriz la más afectada. Tiene una incidencia de 1 por cada 4.000 nacidos vivos y predomina en el sexo masculino. No existe un factor específico sobre esta anomalía, la Organización Mundial de la Salud mediante el CIE-10 lo asigna como G40.9 (Epilepsias, tipo no especificado).

El objetivo de esta investigación es determinar los beneficios del Método Padovan para el avance del control cefálico en paciente con Síndrome de West, el presente caso se trata de un paciente de sexo femenino de 5 años, que presenta alteración en todas las áreas del desarrollo, siendo el área psicomotriz la más afectada, en la que se puede observar movimientos estereotipados propios de del síndrome. El Método Padovan o reorganización Neurofuncional, es un proceso que combina los movimientos neuroevolutivos y neurovegetativos para adaptarlos de manera periférica al sistema nervioso en forma de estímulos, esta metodología va a ser acompañada de musicoterapia y estimulación sensorial para tener mayor efectividad.

PALABRAS CLAVES: SÍNDROME DE WEST, PCI, MUSICOTERAPIA, ESTIMULACIÓN SENSORIAL, RECONFIGURACIÓN NEUROFUNCIONAL

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

EARLY STIMULATION

Theme: "MUSIC THERAPY AND SENSORY STIMULATION FOCUSED ON WEST SYNDROME WITH ALTERATION OF PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT, THROUGH THE USE OF THE PADOVAN METHOD"

Author: Paucar Apupalo Jimson Abraham

Tutor: Lcda. Mg. Tayo Pazmiño Ana Cristina

Date: September 2021

ABSTRACT

West syndrome or childhood spasms is an epileptic encephalopathy or brain disorder of unknown origin, characterized by the triad of infantile spasms, hypsarrhythmia and developmental regression, affects global development, being the psychomotor area the most affected. It has an incidence of 1 per 4,000 live births and predominates in males. There is no specific factor on this anomaly, the World Health Organization through the CIE-10 assigns it as G409 (Epilepsies, unspecified type).

The objective of this research is to determine the benefits of the Padovan Method for the advancement of head control in a patient with West Syndrome, the present case is a 5-year-old female patient, who presents alteration in all areas of development, being the psychomotor area the most affected, in which stereotyped movements typical of the syndrome can be observed. The Padovan Method or Neurofunctional reorganization, is a process that combines neuroevolutionary and neurovegetative movements to adapt them peripherally to the nervous system in the form of stimuli. This methodology will be accompanied by music therapy and sensory stimulation to have greater effectiveness in the Early Stimulation sessions.

KEYWORDS: WEST SYNDROME, ICP, MUSIC THERAPY, SENSORY STIMULATION, NEUROFUNCTIONAL RECONFIGURATION

1. INTRODUCCIÓN

El presente análisis de caso clínico tiene como finalidad dar a conocer los avances de una paciente de 5 años, diagnosticada con Síndrome de West, mediante la intervención del Método Padovan conjunto con musicoterapia y la estimulación sensorial como complemento terapéutico, a través del registro de informes remitidos por los diferentes equipos multidisciplinarios que le han prestado atención, efectuando también una valoración del desarrollo psicomotor y ejecutando el plan de intervención directo acorde al Método, aportando de esta manera información obtenida y aplicada para el uso de futuros estudios.

El cerebro está compuesto por millones de receptores los cuales responden a los diferentes cambios de melodía, armonía y ritmo, producidas por instrumento o incluso por nuestra voz, estos sonidos viajan por el oído, se convierten en impulso eléctricos y son transferidos a los diferentes lóbulos del cerebro para su interpretación, mejorando en pacientes con necesidades especiales o desarrollo normal la ansiedad, control de emociones, relajación, coordinación psicomotriz, incluso ayuda a estimular la neuroplasticidad (Montánchez & Sigüenza, 2018).

La alteración del avance psicomotriz es considerada como la falta de cumplimiento de hito del desarrollo respecto a la edad cronológica, consecuentes por la herencia genética y por la ausencia de estímulos. La estimulación e integración sensorial favorece el desarrollo de habilidades motoras mediante el uso de los órganos de los sentidos en pacientes con alteración psicomotriz de manera significativa (Delgado et al., 2016).

El desarrollo global infantil depende de la estimulación adecuada de los órganos de los sentidos, mediante la exploración se crearán nuevas experiencias y nuevos aprendizajes mediante ensayo error.

Esta metodología tiene bases en la Pedagogía Waldorf y Temple Fay que ayuda al tratamiento de pacientes con alteración en funciones motoras y cognitiva, utilizando

movimientos coordinados para el proceso de maduración neuroevolutivo (motor fino y motor grueso) y funciones reflejo-vegetativas (respiración, succión, masticación y deglución) de manera periférica, ayudando a la reconfiguración del sistema nervioso (Gonzales, 2019).

El SW es una afección atípica, provocada por un trastorno severo a nivel cefálico prevalente en la infancia, fue puntualizada como espasmos por el Dr. James West al evidenciar los síntomas que presentaba su descendiente, tiene prevalencia dentro del segundo trimestre después del nacimiento, se distingue por la presencia de convulsiones, oligofrenia, epilepsia, retraso psicomotriz y características autistas. El SW se divide en Sintomático (provocado por traumas localizados en diferentes zonas del cerebro) y Criptogénico (origen desconocido). El pronóstico de los pacientes con SW referente a las diferentes áreas de desarrollo es crítico ya que presentan retroceso en su desarrollo general, siendo el área psicomotriz la más afectada, en la mayoría de los casos el área social también tiene un papel importante ya que presentan problemas en la parte conductual similar a los pacientes con autismo y la mortalidad es del 5%. Dentro de las causas prenatales más reiteradas está la displasia cerebral, seguido por el complejo de esclerosis tuberosa, trastorno genético del sistema nervioso, alteraciones cromosómicas como Weber, Down, Miller – Dieker, infecciones virales (herpes simple, rubeola, citomegalovirus), bacterianas (sífilis) y parasitarias (toxoplasmosis) que afectan el desarrollo del feto. En las causas perinatales están la necrosis neuronal, lesiones de las estructuras del cerebro (leucomalacia periventricular), malformación cerebral (porencefalia) y dentro las causas posnatales producidas por infección tenemos el absceso cerebral y la meningitis producida por virus o bacteria, otro factor son las hemorragias por trauma craneoencefálicos (Pérez, 2017).

Algunos de los patógenos desconocidos por la ciencia son desencadenantes de afecciones en el sistema nervioso ocasionando espasmos infantiles y limitaciones a nivel psicomotriz, mientras que los patógenos identificados son la causa de irregularidades en la parte inmunológica, metabólica y genética, causantes de efectos secuenciales más severos, los factores biológicos tienen una incidencia incierta del 35% y tienen mejor pronóstico en comparación con los pacientes que presentan un factor de origen identificado. En un

estudio se identificaron 133 neonatos de los cuales solo un 15% presentaron normalidad en su desarrollo global. La anoxia isquémica encefálica es otro desencadenante más reiterado en pacientes con SW. Otro estudio efectuado en el Reino Unido sobre espasmos en la etapa infantil aplicado a 170 pacientes con diagnóstico establecido, el 10% presentó como causa etiológica la anoxia isquémica encefálica y el 8% de origen congénito, son las causas más prevalentes en estos pacientes. El factor hereditario tiene gran prevalencia en pacientes con antecedentes familiares que presentaron epilepsias, un estudio realizado por Pavone y su grupo de investigadores describieron los espasmos de poca duración que presentaban gemelos homocigotos, por último, están las mutaciones de genes con relación a espasmos infantiles (Pavone et al., 2020).

Referente a las enfermedades raras o huérfanas la Ley Orgánica de Salud indica que es responsabilidad del sistema sanitario nacional establecer un registro de la valoración, seguimiento y evolución de la afección que presente el paciente, si el paciente no puede ser tratado se remitirá a organismo internacionales con la finalidad de identificar y tratar dicha afección, la cual será publicada para conocimiento de las diferentes instituciones de salud (Ley orgánica de salud, 2015).

El Síndrome de West tiene poca prevalencia, durante el 2008-2010, España se efectuó estudios en el área de neuropediatría de la Universidad de Zaragoza para evaluar y detallar la Epilepsia a niños comprendidos en edades entre 3 a 5 años obteniendo como resultado el 31% con causa sintomáticas, 32% con causa idiopáticas con predominio de 46% sintomáticas y el 26% criptogénica.

Entre los años 2002-2006 en la capital de Cuba (Habana), se realizó una investigación a 111 pacientes en el Hospital Pediátrico Docente “Juan Márquez” sobre Epilepsia Infantil, cuyo origen prevelece durante la primera infancia en su mayoría, se obtuvo un 39.7% de epilepsia de tipo Focal y con SW un 23,4% (Solís, 2021).

Se realizó un estudio en Costa Rica en el Hospital Nacional de Niños entre el año 2012 – 2017 a 136 pacientes de los cuales solo 82 (42 hombres y 40 mujeres) fueron aceptados mediante los criterio de inclusión, presentaban diferentes tipo de SW, el rango de edad fue menores de 24 meses, el 64.63% presentó espasmos a manera de flexión, el 30,71% en

extensión, el 2.44% mixto y solo un paciente presento un tipo de espasmo no definido, un punto importante que mencionan son los factores genéticos y ambientales. Dentro de los factores perinatales están los partos prematuros, bajo peso, sufrimiento fetal, hipoxia perinatal, dando origen a una baja puntuación APGAR. Los exámenes que les realizo fueron electroencefalograma, resonancia magnética nuclear y tomografía nuclear computarizada. Fueron tratados con vigabatrina, esteroides de vía oral y dieta keto, la mayoría presento mejorías al finalizar el tratamiento (Balletero, 2018).

Los datos más cercaron fueron efectuados en la ciudad de lima año 2015, en donde se realizó un estudio a 37 pacientes entre los años 1996 y 2014, identificados con SW mediante EEG y neuroimagen, la mayoría fue de sexo masculino en un 75%, fueron tratados con medicamentos combinados con el ácido valproico y levetiracetam, obteniendo una mejoría significativa (Pinto & Mendoza, 2015).

El registro estadístico con relación a las personas con discapacidad indica que existe en la actualidad un 33,27% de personas con discapacidad física en todo el Ecuador, del cual solo el 0.05% corresponde a la población comprendida en edades de 0 a 6 años (CONADIS, 2021).

A nivel nacional no se cuenta datos estadísticos exactos por la falta de estudios efectuados sobre el SW, ya que tiene una incidencia de 1 a 2 pacientes por cada 4.000.

En Ecuador existen varias instituciones o centros inclusivos que prestan servicio a la población infantil, sin embargo, no hay registro de centros que trabajen con este tipo de patología.

El Centro Inclusivo de Discapacidades “El Peral”, perteneciente al GAD Municipalidad de Ambato, tienen por objetivo brindar atención gratuita, integral e inclusiva, multidisciplinaria y terapéutica a niños, adolescentes, jóvenes y adultos con discapacidad, en la actualidad cuenta con un servicio multidisciplinarios de Estimulación Temprana, Terapia Ocupacional, Musicoterapia, Terapia del Lenguaje, Educación Especial, Orientación Familiar y Psicología Educativa. Está formado por áreas lúdicas, innovadoras y recreativas que brindan servicio a pacientes con desarrollo normal y capacidades

especiales de escasos recursos económicos, acuden pacientes con Síndrome de Down, Síndrome de West, Síndrome de Prader-Willi, PCI, Autismo, Asperger, Microcefalia, Hidrocefalia y TDAH.

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

TEMA

“MUSICOTERAPIA Y ESTIMULACIÓN SENSORIAL ENFOCADO EN EL SÍNDROME WEST CON ALTERACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, MEDIANTE EL USO DEL MÉTODO PADOVAN.”

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar los beneficios del Método Padovan para el avance del control cefálico en paciente con Síndrome de West.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar el desarrollo psicomotor de la paciente con Síndrome de West mediante la *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor: 0-2 años*
- Identificar mediante la epicrisis las características, evolución y complicaciones que presenta el paciente con Síndrome de West
- Detallar los beneficios del Método Padovan para el avance del control cefálico en paciente con Síndrome de West en base a los resultados obtenidos mediante la *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor: 0-2 años*

3. DESARROLLO

3.1 RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE Y NO DISPONIBLE.

3.1.1 RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE.

La información recopilada para la elaboración de este análisis de caso clínico fue obtenida de las siguientes fuentes:

- **Centro Inclusivo de Discapacidad el Peral**

Anamnesis

Informe de Evaluación y plan de tratamiento aplicado en Estimulación Temprana

Informe de Evaluación y plan de tratamiento aplicado en Terapia Física

Diagnóstico del desarrollo

- **Hospital Provincial General Docente Ambato**

Exámenes físicos

Informe de laboratorio

Informe de Oftalmología

Certificado de discapacidad

Tratamiento y procedimiento terapéutico realizado

Informe de electroencefalograma

Informe de TAC

Informe de Resonancia Magnética

Diagnostico retardo en el desarrollo

- **Centro de Salud Quisapincha**

Registro de vacunas

Derivaciones

Tratamiento y procedimiento terapéutico realizado

Diagnóstico del desarrollo

3.1.2 RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN NO DISPONIBLE.

Los siguientes datos de información del caso clínico son fiables y redactados en los siguientes puntos:

- **Consentimiento informado:**

Por medio de este documento se comunicó la propuesta de trabajo y confidencialidad del paciente para obtener la firma por parte del representante para efectuar la aceptación de la investigación

- **Entrevista:**

Se estableció mediante un modelo de Historia Clínica para la recolección de datos pre, peri y post natales, factores económicos, familiares, desarrollo del paciente, información primordial para realizar este análisis de caso.

- **Ficha de valoración:**

Se aplicó una escala que reboto valoración cualitativa y cuantitativa, obteniendo resultados en todas las áreas de desarrollo, especialmente el área psicomotriz para la aplicación de su respectivo tratamiento.

3.2. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 5 años de edad, nació el 9 de noviembre del 2015 en el Hospital Regional Ambato, ubicado en la provincia de Tungurahua, cantón de Ambato,

A.P.G.A.R. 8-7 peso y talla sin registro al momento del nacimiento, embarazo no deseado, no planificado, reside actualmente en la parroquia Quisapincha.

ANTECEDENTES PRENATALES

Madre de 22 años al momento del parto, mestiza, soltera, instrucción primaria culminada, realizó 1 monitoreo mensual e ingesta de ácido fólico a partir del segundo trimestre de embarazo, mantenía un estado nutricional regular, presentó inestabilidad emocional durante todo el embarazo, amenaza de parto prematuro, también hiperémesis gravídica, más de 3 infecciones en las vías urinarias, recibió tratamiento por parte de ginecología con óvulos para controlar la infección.

ANTECEDENTES PERINATALES

Hija de progenitores adolescentes, no consanguíneos, parto prematuro de 7 meses de gestación en el Hospital Regional Ambato, acudió por motivo de rotura prematura de membrana, presentó complicaciones durante nacimiento, asfixia perinatal, llanto débil, tonalidad morada en piel, APGAR al primer minuto de 8 y al quinto minuto de 7, tipo de sangre ORH+, usó termocuna.

ANTECEDENTES POSTNATALES

Madre refiere que su hija estuvo sin atención en termocuna por lo que decidieron trasladarle a la clínica Tungurahua, permaneció aproximadamente 2 semanas en unidad de cuidados pediátricos, médicos recomendaron que la paciente necesita más tiempo en termocuna porque presentaba 7 meses de edad gestacional, pero familiares decidieron llevarle a casa por motivo económico, tenía reflejo de succión débil, la alimentación fue leche de fórmula por sonda durante su estadía, fue dada de alta voluntaria, permaneció en un casa en un cuarto aislado con presencia de la madre durante los 3 primeros meses, su alimentación fue leche materna, ya presentaba un mejor reflejo de succión, a los 6 meses fue diagnosticada con citomegalovirus (CMV), abuela paterna indica que a esta edad su nuera tuvo un accidente con su nieta al resbalarse y caer, produciendo un golpe en la parte posterior de la cabeza, después de este suceso, madre evidencia que su hija presenta

pequeña contracción muscular en miembro inferior derecho a forma de pataleo, mantuvo un retraso del desarrollo dentro del primer año de vida, al 1 año 6 meses madre lleva a consulta pediátrica al Centro de Salud Quisapincha por motivo de que su hija presenta largos periodos de sueño, cansancio al realizar actividades, irritabilidad, no gatea, no camina, no habla, no sostiene objetos con las manos, no tiene seguimiento visual, presenta movimientos tipo susto al momento de dormir y despertar, pediatra valora el desarrollo de la paciente y establece un diagnóstico presuntivo del Trastorno del Desarrollo Psicomotriz (CIE-10: F84), al momento presentó un peso de 9 kg, talla 69 cm y perímetro cefálico 40 cm, médico remite a Neuropediatría del Hospital Provincial Docente Ambato (HPDA) por motivo de Limitada capacidad de resolutivea.

3.2.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO

Madre realiza exámenes complementarios por pedido de diferentes especialistas del área de salud en los cuales se especifican lo siguiente:

El reporte de TAC se realizó en Bioimagenes el 4 de agosto del 2016, médico indica el siguiente procedimiento:

Se realizó cortes tomográficos axiales simples de 5mm de espesor paralelos a la línea órbito-meatal, observando:

Sistema ventricular central, simétrico de tamaño normal.

Ensanchamiento de la cisterna peritroncales, silvianas, y de los surcos corticales cerebrales, hallazgos en relación con cambios atróficos.

Densidad normal en el parénquima encefálico supra e infratentorial.

Conclusión: Signos de atrofia cortical

El 30 de marzo del 2017 acude al área de Estimulación Temprana del Centro Inclusivo de Discapacidad el Peral, donde se realizó la anamnesis y aplicó el Test de Nelson Ortiz, obteniendo como resultado un retraso global del desarrollo, el plan de tratamiento que se aplicó fue trabajo en giros, posición prona, punta de apoyo y seguimiento visual, también

detalla en el ítem sensopercepciones-visión: ojo bajo (izquierdo), recomienda al representante acudir a la consulta pediátrica. El 4 de marzo del 2017, aplica la Escala Abreviada de Desarrollo, la cual da como resultado alerta de desarrollo en todas las áreas.

La responsable del Centro Inclusivo de Discapacidad el Peral emite un certificado el 16 de mayo del 2017 en el cual indica que la paciente de edad de 1 año 6 meses presenta un *Grave Retraso del Desarrollo Psicomotor* que afectan las áreas de motricidad gruesa – fina, lenguaje y cognitivo, por lo que se realiza una apreciación diagnóstica de *Hemiparesia Izquierda*, y se envía a realizar exámenes complementarios con Neuropediatria para que pueda asistir a Terapia Física, la evaluación aplicada indica un desarrollo de 5 meses.

Ingresa al Área de Terapia Física del Centro Inclusivo de Discapacidad el Peral en agosto del 2018, en donde se brinda tratamiento para el desarrollo del control cefálico con un diagnóstico médico de Síndrome de West – PCI, discapacidad física de 35%, en antecedentes patológicos madre refiere que su primer chequeo fue a partir del 5 mes de gestación, parto prematuro de 7 meses por ruptura prematura de membrana (saco amniótico), permaneció un mes en termocuna, se realizó trabajo motor y sensorial dentro de sala obscura.

A la edad de 1 año 7 meses, tiene interconsulta en la unidad de Neuropediatria del HPDA, en el examen físico presenta hipotonía en tronco, hipertonía global y movimientos en extensión con ojos salidos, en hallazgos relevantes de exámenes, presentó citomegalovirus (CMV) a los 6 meses de edad, médico establece un diagnóstico Definido de Parálisis Infantil-Espástica con (CIE-10: G808) y Epilepsia (CIE-10: G409), solicita realizar exámenes TAC y EEG.

Solicitud de Imagenología con fecha 22 de junio del 2017 por el departamento de Neuropediatria:

Estudio solicitado: Electroencefalograma

Motivo de solicitud: Valoración de actividad eléctrica cerebral

Resumen Clínico: Paciente portadora de PCI espástica presenta espasmos con apertura de ojos, hipertonia global, hipotonia de tronco.

Diagnóstico Definitivo: PCI, Epilepsia (G80)

Diagnóstico presuntivo: S. de West (G40)

El reporte de EEG, realizado el 15-Julio-2017 indica lo siguiente:

Edad: 20 meses, Peso: 8.5 kg, Talla: 77 cm, IMC: 14.34

Técnica del EEG: se realizó electroencefalograma digital utilizando el sistema internacional 10/20 con aplicación de electrodos de copa en cuero cabelludo, con equipo marca Cadwell, modelo Easy III de 32 canales.

HC: PCI valorar actividad cerebral, movimientos tipo susto frecuentes durante el sueño.

Medicación: ninguna

Descripción: EEG realizado con paciente en sueño inducido con hidrato de cloral. EEG con desorganización basal lenta difusa, frecuentes y rudimentarios husos de sueño y ondas del vértice fisiológicos, paroxismo de ondas agudas en la región frontotemporal derecha.

Foto estimulación: No se modifican trazos

Impresión clínica: EEG con actividad paroxística, sin patrón Hipsarrítmico.

Inicia tratamiento con ácido valproico 125 mg VO c/12h,

Al siguiente mes, ingresa a hospitalización Pediátrica en el HPDA el 18 de octubre del 2017, con diagnóstico emitido por el MSP de Síndrome de West y PCI.

Tratamiento y procedimiento terapéutico realizado:

Ácido valproico 125 mg VO c/12h, dexametasona 1,5 mg IV c/6h, luego 1mg IV c/6h, hierro 40 mg VO QD, vitamina neurotrópica: complejo B 2,5 ml VO BID, Ácido ascórbico 100 mg IV.

Resumen del cuadro clínico: madre suspende ácido valproico por más de una semana, nota que su hija presenta en las noches movimientos involuntarios y repetitivos de 1-6 veces por noche, acude a consulta externa el 18 de octubre del 2017, donde se evidencia episodios de convulsiones tipo clónicas y rinorrea hialina de 5 días de evolución.

Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnóstico:

Biometría Hemática: leucocitos 7050, linfocitos 67,8%.

Oftalmología Interconsulta: normal

Diagnóstico de la Contrarreferencia: Síndrome de West - PCI

Tratamiento de recomendado a seguir en establecimiento de salud de menor nivel de complejidad: control por centro de salud, Prednisona

Sale con alta el 24 de octubre del 2017.

El 5 de febrero del 2018 el MSP emite un certificado de discapacidad con la siguiente información:

DISCAPACIDAD: Tipo: Física	Porcentaje: 35%	Nivel:
Moderado		

DIAGNÓSTICO: EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO (CIE-10: G409)

PERÍODO DE ADQUISICIÓN: Durante el Parto – Prematuridad

Reporte de resonancia Magnética simple de cráneo + difusión, el 26 de octubre de 2019

Técnica: se realizó estudio de resonancia magnética de cráneo en secuencia transversales, coronales y sagitales en T1, T2 y Flair, Difusión y mapeo ADC, observando

Hallazgos: prominencias de surcos de la convexidad y valles silvianos, leve prominencia del sistema ventricular supratentorial, adelgazamiento del cuerpo caloso, en relación con disminución de volumen de sustancia blanca en forma generalizada.

Discreta hiperintensidad difusa en sustancia blanca periatral bilateral en secuencias sensibles a líquido, en relación con gliosis. Focos de gliosis en cabeza de núcleos caudados, tálamos, hipocampos. Gliosis difusa en el aspecto posterior de putamen bilateral en secuencia FLAIR. Adelgazamiento e hipersensibilidad del tracto cortico espinal en el brazo posterior de la cápsula interna de predominio izquierdo, gliosis difusa en sustancia blanca periventricular en cerebelo con prominencia del 4º ventrículo. Adelgazamiento cortical en circunvoluciones pre y post central bilateralmente, más evidente en secuencia T2 axial. En secuencia de difusión no hay restricciones agudas. Cisternas de la base amplias.

Conclusiones: hallazgos sugestivos de secuelas de lesión hipóxico-isquémica neonatal, a correlacionar con cuadro clínico, sin descartar otra etiología.

El 12 de octubre del 2020 realizó un examen en bioimagenes de RX Miembro Inferior Cadera y Axial Derecho e Izquierdo

Diagnóstico Clínico:

Displasia de Cadera Neurológico

En febrero del 2021 retoma las sesiones de Terapia Física y Estimulación Temprana en el Centro Inclusivo de Discapacidad el Peral.

En la HC de Terapia Física detalla lo siguiente:

Diagnóstico fisioterapéutico: Retraso psicomotor, espasticidad, no control cefálico

Plan de tratamiento:

Número de sesiones: dos sesiones por semana (miércoles y jueves)

Objetivo: Eliminar la espasticidad por trabajo motor y sensorial.

Tratamiento: Hidroterapia, Sala blanca para control postural, movilizaciones, evitar atrofiar, control cefálico, cedente, etc.

Observaciones: no convulsiona

Expiración física:

Cabeza: traumatismo craneoencefálico Hombros: no hay control Tronco: inestable

Control Postural: Presenta Espasticidad, movimiento explosivo sin control.

El diagnóstico fisioterapéutico indica retraso psicomotriz más espasticidad, no hay control cefálico. El objetivo que plantea es eliminar la espasticidad por trabajo motor y sensorial, el tratamiento: Sala blanca control postural, movilizaciones, en observaciones indica que ya no presenta convulsiones.

En el área de Estimulación Temprana se evaluó mediante el Test de Nelson Ortiz en donde indica que la paciente presenta un retraso en las áreas de motricidad gruesa, motricidad fina, audición – lenguaje y personal – social, los días asignados para estimulación temprana son los miércoles y jueves, el tratamiento: Estimular todas las áreas del desarrollo.

3.3 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

La Organización Mundial de la Salud (OMS), cataloga al factor de riesgo como un estado crítico que tiene lugar durante un intervalo de tiempo, en donde una persona tiene más probabilidades de contraer algún tipo de afección, la cual limita su bienestar y desarrollo, una valoración y tratamiento oportuno y precoz puede mejorar su condición de vida y disminuir posibles secuelas (Guevara & Gonzales, 2019).

3.3.1. FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS

La paciente está expuesta a diferentes microorganismos constantemente debido a que el entorno en donde se encuentra habita diferentes tipos de animales domésticos, la falta de

aseo constante en manos también es otro factor importante ya que presenta continuas infecciones estomacales.

3.3.2. FACTORES DE RIESGO SOCIALES

Condición económica:

Son las propiedades o herencias pertenecientes a un individuo o sociedad en su totalidad, las cuales no estén involucradas en problemas financieros (Fabra, 2017). El plan de tratamiento aplicado a la paciente no involucra gastos que desestabilice su economía ya que se realizará en un centro con atención gratuito.

3.3.3. FACTORES DE RIESGOS AMBIENTALES

Estabilidad familiar:

La paciente con SW está a cargo de la abuela paterna, los progenitores emigraron simultáneamente a EE. UU., la relación con la familia materna es distante y conflictiva.

3.4 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

3.4.1 OPORTUNIDADES DE LA SOLICITUD DE LA CONSULTA

Mediante una entrevista por zoom Madre refiere que hubo una demora en la realización de exámenes dentro del sector público, por la alta demanda de pacientes que requerían servicios similares de EEG, los exámenes realizados en el sector público y privado aportaron para la valoración y tratamiento oportuno.

3.4.2 ACCESO

Representante del paciente refiere que es de gran ayuda la asistencia al Centro Inclusivo de Discapacidades “El Peral” ya que recibe terapia ocupacional y estimulación temprana gratuita de forma continua en un mismo día lo cual ayuda a ejecutar el plan de tratamiento y mejorar su desarrollo.

3.4.3 CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

La paciente tiene libre acceso al Centro Inclusivo de Discapacidades “El Peral”, en este establecimiento le brindó atención cuando fue diagnosticada con retraso psicomotor global, se remitieron a especialistas del sector público y sector privado para tener un diagnóstico más preciso sobre la afección que presentaba, lo cual produjo complicaciones a nivel económico y demora en la obtención de resultados.

3.4.4 OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN

Madre acude a consulta pediátrica en busca de ayuda, por que observó que su hija no gateaba ni se sentaba sola, también porque presenta movimientos tipo susto durante la noche y partes del día, pediatra del centro de salud remite a Neuropediatría para realizar exámenes complementarios y realizar un seguimiento para obtener una valoración correcta.

3.4.5 TRÁMITES ADMINISTRATIVOS

La tramitación por parte del Centro De Salud Quisapincha hacia el HPDA fue inmediato, formando de esta manera un equipo multidisciplinario para brindar servicio a las necesidades que presenta la paciente, el examen que contribuyó a la creación de un diagnóstico fue mediante EEG, en donde se dio a conocer por parte de Neuropediatría que la paciente presentaba PCI, Epilepsias y SW, remitiendo de forma oportuna para el seguimiento del paciente en el Centro de Salud Quisapincha.

3.5 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

Se detallará a continuación los siguientes puntos críticos:

3.5.1 Espasmos infantiles

Se identificó los primeros espasmos en la paciente alrededor de los 6 meses de edad, se le administró Ácido Valproico a la edad de 1 año y 7 meses, para reducir estos episodios.

3.5.2 Retraso en áreas del Desarrollo

Pediatra evidencia que la paciente presenta un retraso global en su desarrollo al evaluar la condición física, obteniendo un resultado presuntivo de Trastorno del Desarrollo Psicomotriz, el cual fue remitido para establecer un diagnóstico diferencial.

3.5.3 Atención inadecuada por falta de equipamiento

Madre indica que el centro de salud al cual acudió, no cuenta con los laboratorios necesarios para la realización de exámenes que su hija necesitaba para la detección de la afección que presentaba, por lo que fue remitida al HPDA, también fue necesario el uso de instituciones privadas para la realización de exámenes complementarios.

3.5.4 Dificultades en el seguimiento de la patología

La paciente estuvo en contacto con diferentes profesionales de la salud para recibir un diagnóstico específico y dar continuidad al tratamiento tanto farmacológico como terapéutico, procesos que originaron en la familia más requerimiento de tiempo y de ingresos económicos, motivo por el cual hubo una demora en la obtención de resultados.

3.5.5 Desconocimiento de la patología

El SW es una patología de poca incidencia dentro de una población, motivo por el que produjo varios contratiempos para dar con el plan de tratamiento, detener el avance de la afección y brindar una atención oportuna para mejorar su calidad de vida.

3.5.6 Alteración del Desarrollo Psicomotor

Médico pediatra evidencia el retraso global del desarrollo de la paciente y remite a Neuropediatría con diagnóstico presuntivo del Trastorno del Desarrollo Psicomotriz en donde establecen un diagnóstico diferencial del retraso psicomotor por presencia del SW.

4. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla 1. Caracterización de las Oportunidades de Mejora

Puntos Críticos	Oportunidades de Mejora	Acciones de Mejora
Espasmos infantiles	Remitir a interconsulta para valoración de estado actual del desarrollo. Poca presencia de espasmos	Presentar una dieta keto, con la finalidad de disminuir la presencia de espasmos.
Retraso en áreas del Desarrollo	Brindar tratamiento terapéutico oportuno para prevenir complicaciones en el desarrollo psicomotor.	Formar un equipo multidisciplinario conjunto con terapia física para brindar atención a paciente con SW Aplicar Método Padovan para mejorar el desarrollo de avances respecto al control cefálico.
Atención inadecuada por falta de equipamiento	Aminorar la asistencia médica por limitada accesibilidad a laboratorios en el sector gubernamental	Incentivar al sector gubernamental para efectuar convenios con el sector privado con la finalidad de facilitar el acceso a pacientes que presentes afecciones de origen desconocido
Dificultades en el seguimiento de la patología	Aminorar el lapso de protocolos administrativos asistenciales en pacientes con nuevas patologías.	Incorporar estrategias dentro del sistema sanitario de salud referente a los protocolos de atención permanente.

Puntos Críticos	Oportunidades de Mejora	Acciones de Mejora
Desconocimiento de la patología	Fomentar el uso de Fuentes de información científica para el reconocimiento de nuevas patologías causante de la morbimortalidad infantil.	Recomendar seminarios para la actualización de información referente a nuevas patologías durante el periodo infantil.
Alteración del Desarrollo Psicomotor	Favorecer el control cefálico en paciente con SW mediante el empleo del Método Padovan conjunto con Musicoterapia y Estimulación sensorial.	Ejecutar plan de tratamiento acorde a el parámetro a cumplir mediante actividades secuenciales del Método Padovan.

Fuente: Base de datos de la investigación; Elaborado por: Paucar J., (2021)

4.1 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

El plan de tratamiento establecido a paciente con SW refiere que el método Padovan (MP) fue creado por la logopeda Beatriz Padovan, originaria de Brasil, se puede aplicar en pacientes con: diferentes síndromes, PC, retraso del desarrollo global, enfermedades neurológicas, trastornos generalizados del desarrollo, Autismo, TDAH, Ictus, Problemas de lenguaje (Dispraxias, Disfagia, Dislexia, Afasia, Apnea del sueño), entre otras afecciones del sistema nervioso, esta metodología está compuesta por ejercicios secuenciales, complementarios y repetitivos que siguen el orden natural del desarrollo, estos movimientos van coordinados con ejercicios orofaciales y acompañados de canciones producidas por el terapeuta mediante su voz, para estimular la conciencia corporal, relajar y coordinarlos con movimientos (giros, desplazamientos, gateo), haciendo uso de todos los órganos de los sentidos (Medeiros, 2015).

La reorganización neuro-funcional (RNF) está caracterizada por la compilación de actividades psicomotoras del desarrollo evolutivo (andar, hablar, pensar), estos se dividen en movimientos neuroevolutivos del *sistema locomotor* (coordinación de extremidades,

patrón cruzado, lateralidad), *del sistema del habla* (funciones reflejo-vegetativas), *de manos-articulaciones* (pinza digital, coordinación manual) y *de los ojos* (adaptación visual). M. Padovan se encarga de estimular, fortalecer y potenciar todas las áreas del desarrollo, favoreciendo la reconfiguración de conexiones neuronales ausentes o no desarrolladas, incorporándolas nuevamente al sistema nervioso (Uribe, 2011).

Las actividades planteadas del método respetan un orden secuencial del desarrollo del paciente, ayudan y benefician el avance psicomotor, para que sea una mejor experiencia durante las actividades se cuenta con la presencia del cuidador, para darle seguridad, libertad de expresión, relajación y concentración durante las sesiones de Estimulación Temprana.

Las áreas en las que se trabajará con el paciente tendrán características sensoriales que favorezcan la interacción con el paciente y la adaptación a un medio en el cual beneficien el desarrollo del control cefálico mediante el orden secuencial, rítmico y repetitivo de la metodología,

4.2 Estimulación Sensorial (ES)

El retraso psicomotor por efecto de PC dentro del periodo infantil es una afección del centro nervioso el cual tiene relación con la oligofrenia y alteración en los órganos sensoriales. En el Ecuador se han establecidos normas y organismos de inclusión a personas con diferentes capacidades especiales acorde a sus necesidades. El uso de ES aporta de manera positiva al desarrollo de los órganos sensitivos en pacientes con PCI, estimulando la parte cognitiva, relajación y focalización, el uso de salas sensoriales (sala blanca – sala oscura) contribuyen al desarrollo e integración sensorial manteniendo al paciente en un estado de relajación mediante el uso de estímulos visuales, los estímulos auditivos favorecen a la parte cognitiva al identificar el origen y el tipo de sonido que producen (percepción auditiva), los pacientes con hipotonía, espasticidad, hemiplejia y tetraplejia presentan mayor respuesta a estímulos hápticos los cuales son procesados en la corteza parietal posterior, el olfato se encarga de identificar y clasificar los distintos aromas placenteros y no placenteros que provienen del medio exterior, en pacientes con

retraso psicomotriz la respuesta hacia la aceptación o rechazo de aromas es mediante la expresión de emociones en su rostro, las papilas gustativas se encargan de la discriminación de sabores provenientes de distintos alimentos, estas texturas ayudan en la estimulación orofacial. La incorporación sensorial es la combinación de las estructuras anatómicas y la estimulación de los sentidos, el fortalecimiento del sistema vestibular ayuda a mejorar el control postural en pacientes con PCI (Macías & Arcos, 2014).

4.3 Musicoterapia (MT)

Los pacientes con SW presentan en su mayoría rasgos o características autistas en su desarrollo, la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo lo define como discapacidad del coeficiente intelectual, la MT influye en el desarrollo social, relajamiento muscular, expresión y organización corporal sincronizadas con la respiración y sonido o ritmo efectuado por el terapeuta mediante su voz, instrumentos musicales o ambas, es primordial efectuar una adaptación sensorial previa, el uso de la voz durante el desarrollo de las sesiones de terapia, estudios indican que estimula la exploración y desarrollo de las expresiones de estados de ánimo, se debe iniciar con canciones que incluyan el nombre del paciente para captar mejor su atención y concentración, los espacios o silencios que se presente durante la terapia ayudan a observar la interacción que presente el paciente con el terapeuta, otro punto importante es la imitación de sonidos y acciones corporales que realice el paciente lo cual favorecerá la adaptación e interacción social (Jara, 2016).

4.4 Avance del Control Cefálico

Valderrama S. (2020) refiere que el avance psicomotor es la capacidad para efectuar movimientos coordinados y concisos haciendo uso de las estructuras anatómicas funcionales en relación con el sistema nervioso como el control postural, órganos sensoriales y kinésica, el retroceso psicomotor es producido por un trauma en el sistema nervioso. El orden de desarrollo céfalo – caudal, próximo - distal, la presencia de reflejos primarios con relación a la edad, la tonicidad muscular, la herencia genética y el medio en donde se desarrolla el paciente son causas o factores que influyen en la valoración del

avance psicomotor, el control cefálico se debe presentar dentro de los parámetros de normalidad entre segundo al cuarto mes de nacimiento, se considera signo de alarma cuando hay una ausencia de este hito de desarrollo, otras características que debe presentar al tercer mes con respecto a la motricidad fina son: uso de reflejo palmar, llevar y observar las manos a la línea media, seguimiento visual y auditivo de objeto en línea media y lateral.

También en posición ventral las extremidades superiores dan soporte, estabilidad y debe ascender la cabeza entre 45 a 90 grados y girar manteniendo la cintura en relajación, en posición dorsal debe mantener la cabeza en línea media con proximidad hacia el tórax. Se considera reflejo a la reacción espontánea e instintiva provocado por un impulso, estos son necesarios para el avance psicomotriz, existen dos tipos de reflejos, los primarios y secundarios, varios de estos continúan hasta ser autónomos y otros se desvanecen naturalmente dentro de un periodo de tiempo, dependiendo de la maduración del sistema nervioso, favorecen al cumplimiento de hitos del desarrollo y cuando persisten se los identifica como reflejos patológicos.

4.5 Síndrome de West (SW)

El Síndrome de West (SW) o espasmos infantiles, referido por el Dr. West en 1841, al identificar el cuadro convulsivo que presentaba su hijo, es una encefalopatía epiléptica o alteración cerebral, de origen desconocido, caracterizado por la triada de espasmos infantiles, hipsarritmia y regresión del desarrollo, afecta el desarrollo psicomotor, cognitivo, social y lenguaje, va acompañado de Parálisis Cerebral Infantil (PCI), aparece entre los 6 y 24 meses de vida. Tiene una incidencia de 1 por cada 4.000 nacidos vivos, no tiene un factor referencial o específico para que los pacientes presenten este síndrome, la predominancia es hacia el sexo masculino, se clasifica en Síndrome de West Sintomático (por efecto de traumatismo cerebral, afecta el área psicomotriz, hay poco efecto terapéutico), Idiopático (sin antecedentes del desarrollo global, hasta la presencia de espasmos e hipsarritmia simétrica, presenta retraso psicomotor leve) y Criptogénico (surge por una alteración cerebral oculta, presentan retraso psicomotor ante la presencia de espasmos). Gibbs especifica la hipsarritmia en un patrón típico en el electroencefalograma (EEG) y la Comisión de Epileptología Pediátrica de ILAE

(International League Against Epilepsy) en 1992 vincula el SW con oligofrenia. También expresan que el SW no tiene una causa específica, algunas hipótesis hablan sobre un defecto durante el proceso de mielinización y que los espasmos son efecto del desarrollo inmaduro del cerebro. Autores como Hrachovy relaciona los espasmos y la hipsarritmia pueden ser originados por el desequilibrio de neurotransmisores del tronco encefálico, facomatosis y malformaciones del cerebro, el Dr. Paúl Jellinger expone otros posibles factores como las lesiones embriofetales, trastornos del desarrollo, encefalopatías perinatales y trastorno de migración neuronal. El SW presenta 3 tipos de espasmo, en flexión, extensión (menos frecuente) y combinada (mayor frecuente) (Arroyo & Jaramillo, 2018).

4.5.1 Diagnóstico y criterios de diagnóstico

El diagnóstico se establecerá mediante la presencia de los tres elementos típicos del SW, varios diagnósticos son confundidos con cólicos del recién nacido, disforia, alteración del periodo de sueño producido por problemas estomacales, que generan desplazamiento exagerado en cuello y cabeza, los pacientes con afecciones neurológicas presentan dificultad al establecer un diagnóstico diferencial, la ausencia de conocimiento sobre el SW genera dificultades al momento de efectuar la valoración y tratamiento oportuno, lo que provoca alteración en el área psicomotriz especialmente en el SW Criptogénico, respecto al SW Sintomático tiene una mejor valoración al ser identificado mediante exámenes complementarios como TAC, ecografía y EEG para identificar el patrón Hipsarrítmico

Lo que respecta al diagnóstico diferencial, existen pacientes del sexo femenino que desarrollan a temprana edad el Síndrome de Aicardi, otros pacientes no presentan todos los elementos de la triada, inclusive indican valores correctos en EEG (Sanz & Andia, 2014).

4.5.2 Tratamiento para el Síndrome de West

Entre los fármacos más usados para controlar los episodios epilépticos en pacientes con SW está el valproato de magnesio y de menor frecuencia se encuentra el felbamato,

rufinamida, lamotrigina, clobazam y zonisamida, la dieta keto es una alternativa terapéutica muy recomendable ya que ayuda al control de espasmos y la intervención quirúrgica es utilizados cuando el paciente presenta deformación a nivel cerebral (Appendino & Appendino, 2019).

4.5.3 Complicaciones

La mayoría de pacientes diagnosticados con SW desarrollan otro patrón de epilepsia más complicada como en el síndrome de Lennox Gastaut, el SW Criptogénico tiene mejor pronóstico que los otros tipos, la mejoría depende de un diagnóstico precoz y el correcto manejo del paciente con un plan de tratamiento acorde al grado de dificultad que presente en las áreas de desarrollo (Pérez, 2017).

4.5.4 Manifestaciones Clínicas

El SW puede tener origen durante la etapa de mielinización y desarrollo de dendritas, la falta de interacción de reflejos entre el tallo y corteza es un factor para que se produzcan los espasmos infantiles, otro factor son las lesiones focales en diferentes estructuras del cerebro y la hipsarritmia traza irregularidades en distintas áreas, los espasmos tienen periodos de $\frac{1}{2}$ a 2 segundos en donde el paciente presenta síncope y movimientos visibles de forma simétrica, bilateral en cuello, tronco y extremidades superiores e inferiores, cuando se presentan de forma asimétrica se puede observar una desviación en cabeza, ojos y brazos, algunos pacientes presentan espasmos aislados en modo de salvas durante el periodo de relajación, hay que considerar que el paciente puede presentar uno o varios tipos de espasmos en un mismo intervalo de tiempo. Otro de los indicadores es la presencia de expresión facial dudosa, que aparece antes del espasmo seguida por el llanto, los espasmos abarcan crisis típicas (en forma de flexión en su mayoría, altera la musculatura del cuello, torso y extremidades en forma de navaja) y crisis atípicas (es asimétrico e hipocinético, por la presencia de sonidos fuertes, cambios de temperatura, estimulación sensorial, generando en el paciente movimientos en cabeza, elevación en hombros y aducción en extremidades) (Sanz & Andia, 2014).

El retraso psicomotriz es la segunda causa del SW, va acompañado de parálisis cerebral infantil ya sea diplejía, cuadriplejía o hemiparesia, el tiempo de aparición del SW es factor más para ser clasificado, puede Primario (0-3 meses) Secundario (7-24 meses) y Tardía (sobre los 24 meses).

4.6 Valoración mediante la Escala de Evaluación del desarrollo Psicomotor: 0 a 2 años

La Escala de Evaluación del desarrollo Psicomotor (EEDP) es una herramienta estandarizada empleado para calcular las características del desarrollo psicomotriz, está conformada por 75 ítems, estos están divididos para cada mes (1-24 meses).

La puntuación depende del cumplimiento o no de los ítems, evalúa el avance psicomotriz en relación con el lenguaje (comprensivo - expresivo, gestual, discriminación auditiva, soliloquios, vocalización), coordinación (incorporación de funciones), social (habilidades sociales por imitación) y motor (esquema corporal, control postural y de locomoción).

La puntuación se establecerá de la siguiente manera:

- Cumple o No cumple
- 1-10 meses:
(6 puntos por cada ítem)
- 12 meses:
(12 puntos por cada ítem)
- 15-24 meses:
(18 puntos por cada ítem)

Para efectuar la escala será necesario el manual y la hoja de aplicación, se empleara el uso de la *Observación* para explorar el comportamiento del paciente y también se utilizara las *Preguntas* al cuidador para detallar dicho comportamiento o respuesta que expresa en cualquiera de las áreas durante la evaluación, para la obtención de resultados se debe tomar en cuenta la edad del paciente y la fecha de aplicación de la escala en meses y días,

mediante este resultado se aplicará la EEDP, la cual será distribuida con la edad biológica, con esta fórmula:

Razón EM/EC

Edad Mental (EM)

Edad Cronológica (EC)

Al EM es la puntuación generada en la EEDP, se valora la totalidad de los ítems hasta que el paciente falle en el cumplimiento de un determinado ítem, la puntuación se debe anotar en la hoja de registro, el mes que el paciente cumpla con todos los ítems será determinado como mes base, el Coeficiente de Desarrollo (CD) se obtiene al transformar a puntuación estándar la razón EM/EC

Valores referenciales de la EEDP:

- **NORMAL:**
CD superior o equivalente a 0,85
- **RIESGO:**
CD entre 0,84 – 0,70
- **RETRASO:**
CD inferior o equivalente a 0,69

El lugar en donde se efectúe la evaluación no debe ser muy llamativo, libre de sonidos fuertes, la paciente debe estar en completa relajación y se debe detallar al cuidador sobre la aplicación de la EEDP (Vargas et al., 2020).

4.7 Resultados de la valoración de la Escala de Evaluación del desarrollo

Psicomotor: 0 a 2 años

En la Escala de Evaluación del desarrollo Psicomotor: 0 a 2 años se determinó de forma cuantitativa que la paciente presenta un retraso del desarrollo psicomotor, el total de ítems que cumple es de 18 y también de forma cualitativa que la paciente no presenta control

cefálico, a continuación, se detalla la información de los ítems aprobados en cada área del desarrollo:

Lenguaje (4), Coordinación (2), Social (3), Motor (1)

Lenguaje-Social (3), Coordinación-Lenguaje (2), Coordinación-Social (1), Social-Lenguaje (2)

Tabla 2. Aplicación de Escala del Desarrollo Psicomotor

Edad	Ítems	Hito del Desarrollo	Ítem Realizados
	6	Gesticula como respuesta al rostro del evaluador	1
	7	Articula como respuesta de la interacción con el evaluador	1
2 meses	8	Responde ante la falta de presencia del evaluador	1
	9	En sedestación pretende controlar la cabeza	1
	10	Articula dos sonidos distintos	1
	11	Refleja sonrisa del evaluador	1
	12	Identifica fuente de sonido	1
3 meses	13	Seguimiento visual de 180°	1
	14	Sostiene cabeza firme en sedestación	0
	15	Articulación prolongada	1
	16	Sigue con mirada objeto hasta que desaparezca	1
4 meses	17	Identifica sonido y gira cabeza	1
	18	En decúbito prono cambia de posición solo	0

Edad	Ítems	Hito del Desarrollo	Ítem Realizados
	19	En sedestación eleva cabeza y hombros	0
	20	Sonríe a carcajadas	1
	21	Voltea la cabeza hacia el evaluador	1
	22	Toca el filo de la mesa	0
5 meses	23	Pretende sujetar argolla	0
	24	Impulsa hasta cambiar a sedestación	0
	25	Conserva sedestación con apoyo mínimo	0
	26	Conserva sedestación por corto tiempo	0
	27	Voltea cabeza hacia objeto que descende	0
6 meses	28	Recoge argolla	0
	29	Recoge cubo	0
	30	Imita cuando se le habla	1
	31	Conserva sedestación alrededor de 30 seg.	0
	32	Pretende sujetar objeto	0
7 meses	33	Escucha independientemente vocablo familiar	1
	34	Colabora en actividades lúdicas	0
	35	Sujeta un objeto en cada mano	0
	36	Mantiene posición cedente sin apoyo	0
	37	Impulsa hasta cambiar a bipedestación	0
8 meses	38	Inicio de marcha con ayuda en tronco	0

Edad	Ítems	Hito del Desarrollo	Ítem Realizados
	39	Recoge objetos en forma de rastrillo	0
	40	Expresa sonidos guturales	1
	41	Apoya para cambiar a bipedestación	0
	42	Simula marcha al sujetarle del tronco	0
9 meses	43	Recoge objeto con intervención del pulgar	0
	44	Identifica objetos escondidos	0
	45	Responde a requerimientos del lenguaje	0
	46	Utiliza la pinza digital para recoger objeto	0
10 meses	47	Repite acciones gestuales	1
	48	Recoge tercer objeto soltando uno de los dos primeros objetos	0
	49	Junta cubos en línea media	0
	50	Responde al NO	1
Total			18

Fuente: Base de datos de la investigación; Elaborado por: Paucar J., (2021)

Interpretación

La paciente no cumple con los ítems acorde a su edad por lo que para la valoración se toma en cuenta como Mes Base al 2 mes, comienza a presentar dificultad a partir del tercer mes al no cumplir un ítem de este mes, fallando en el parámetro sostiene cabeza firme en sedestación, el resultado de la evaluación determina los siguientes valores:

Ítems cumplidos: 18

EM: 138

EC:1898 días

EM/EC: $138/1898 = 0,07$

CD: menor a 69 (Retraso del Desarrollo Psicomotor)

Observaciones: presencia de reflejos primarios (reflejo de moro – reflejo de prensión palmar y plantar), evidente durante la aplicación de la Escala De Evaluación Del Desarrollo Psicomotor 0 – 2 años.

4.8 Plan de tratamiento

Diagnóstico: Síndrome de West

El plan de tratamiento está establecido acorde a las necesidades presentadas por el paciente, la intervención terapéutica efectuada para la valoración y aplicación de metodología ayudaran en el avance del control cefálico mediante actividades del Método Padovan, con previa estimulación sensorial y musicoterapia para adaptación al medio de trabajo en Sala blanca y Sala oscura.

Para la aplicación de las actividades referente al avance del control cefálico se contará con la presencia del cuidador para que sea más fácil la adaptación del paciente con el nuevo medio a experimentar y con el terapeuta para cumplir con el objetivo establecido.

La siguiente metodología está dirigido a profesionales del Centro Inclusivo de Discapacidades “El Peral” mediante la propuesta de intervención psicomotriz a paciente con Síndrome de West, cuyos objetivos son:

- Adaptar y motivar a la paciente al área sensorial para generar relajación y ejecutar las actividades del Método Padovan
- Mejorar el avance del control cefálico

Indicaciones generales

- El plan de tratamiento está establecido a realizarse tres días continuos por semana para favorecer la adaptación y ritmo de trabajo.
- Cada sesión tendrá una duración de 45 minutos
- Se contará con la presencia de profesionales de Estimulación Temprana y Terapia Física en cada sesión.
- Cada sesión de terapia se contará con la presencia y participación del cuidador para brindar seguridad y estimular la parte emocional del paciente.
- Los ejercicios se realizarán de forma lenta y sincronizada.
- Se iniciará la terapia con música de bienvenida para motivar al paciente previo a las actividades ya establecidas.
- Cada canción incluirá el nombre de la paciente para llamar su atención.
- Las canciones se sincronizarán con el movimiento corporal.

ACTIVIDADES DEL MÉTODO PADOVAN

EDAD CRONOLÓGICA: 5 años 3 meses

EDAD DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ: 2 meses

Planificación 1					
Área	Objetivo	Desarrollo	Tiempo	Materiales	Observaciones
Motora	Adaptar a la paciente a un ambiente sensorial.	Usaremos un xilófono y cantaremos la canción <i>Saludos</i> e introduciremos el nombre de la paciente en la canción para llamar su atención y producir emociones positivas, también iremos presentando e interactuando con los diferentes lugares de luminosidad dentro de la sala blanca para favorecer su adaptación	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Xilófono • Canción: Saludo • Sala blanca 	Se evidenció en la paciente relajación y sonrisa, durante la aplicación de estimulación sensitiva, tiene mayor adaptación a texturas suaves, las texturas ásperas y sonidos fuertes provocan rigidez muscular visibles en rostro y extremidades superiores e inferiores.
		Utilizar diferentes texturas en rostro, cuello, tórax, brazos, manos, piernas y pies para mejorar la relajación en la paciente, acompañaremos estos estímulos sensitivos con la canción referente a la aplicación de cambios de textura en las diferentes partes de su cuerpo.	25 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Sala blanca • Dos texturas (Algodón - cartón) • Canción suave algodón 	

Elaborado por: Paucar Apupalo Jimson Abraham (2021)

Fuente: Base de datos de la investigación

ACTIVIDADES DEL MÉTODO PADOVAN

EDAD CRONOLÓGICA: 5 años 3 meses

EDAD DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ: 2 meses

Planificación 2					
Área	Objetivo	Desarrollo	Tiempo	Materiales	Observaciones
Motora	Identificar las diferentes partes del cuerpo mediante estimulación sensorial.	Iniciaremos la sesión cantando la canción <i>Saludos</i> para motivar al cumplimiento de planificación establecida. Describir esquema corporal de forma Céfalo - caudal y Próximo - distal en la paciente mediante nuestra voz, a continuación, aremos uso la canción <i>Donde están las partes del cuerpo</i> y manipularemos las partes que vayamos diciendo, de igual manera introduciremos el nombre de la paciente a la letra de la canción, contaremos con la presencia del cuidador para que vaya estimulando mediante guantes de texturas las partes del cuerpo que le indiquemos.	10 minutos 35 minutos	<ul style="list-style-type: none">• Canción: Saludo• Sala blanca• Guantes de texturas suaves (fieltro – algodón)• Canción donde están las partes del cuerpo	La paciente presento rigidez muscular al momento de manipularle de forma directa las diferentes partes de su cuerpo, al utilizar los guantes de textura y cantarle presento mayor relajación corporal y se pude efectuar la planificación.

Elaborado por: Paucar Apupalo Jimson Abraham (2021)

Fuente: Base de datos de la investigación

ACTIVIDADES DEL MÉTODO PADOVAN

EDAD CRONOLÓGICA: 5 años 3 meses

EDAD DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ: 2 meses

Planificación 3					
Área	Objetivo	Desarrollo	Tiempo	Materiales	Observaciones
Motora	<p>Reducir la espasticidad mediante actividades de trabajo motor y sensorial.</p> <p>Estimular el patrón homolateral para el avance del control cefálico.</p>	<p>Iniciaremos la sesión con la canción <i>Darse un Baño</i> para motivar a la paciente la interacción a un nuevo medio sensorial, primero colocamos a la paciente en posición supino sobre una colchoneta y con un guante de textura de algodón recorreremos el cuerpo de la paciente suavemente acorde a letra de la canción.</p>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Canción Darse un Baño • Guante de textura • Colchoneta de color negro • Tubo de esponja • Canción Con mis manitos • Hidromasaje • Linterna 	<p>Al culminar las actividades dentro del hidromasaje se evidencio una completa relajación en musculatura del paciente, la temperatura del agua en la que se trabajó era de 35°C, el agua ayudó a la paciente a realizar movimientos sin presentar mucha rigidez, como resultado se</p>
		<p>Colocamos a la paciente un tubo de esponja en el contorno del tórax, después ubicamos a la paciente delante de nosotros y le ayudamos a familiarizar con el agua en sus pies, manos, cabeza y le introducimos lentamente al hidromasaje, cantamos la canción <i>Con mis manitos</i>, trabajamos ejercicios de flexión y extensión de extremidades izquierda y derecha</p>	30 minutos		

		<p>de forma separado acorde vayamos cantando, también desplazamos hacia la derecha e izquierda por todo el contorno del hidromasaje, por último colocamos a la paciente en posición decúbito supino y trabajamos seguimiento visual con una linterna de igual manera de forma separada, tapamos el ojo izquierdo y trabajamos con el ojo derecho y viceversa, todos los movimientos partirán desde la línea media del ojo hacia la derecha - izquierda, arriba - abajo, circular y transversal.</p> <p>Para finalizar la actividad dentro del hidromasaje cantamos la canción <i>La Le Li Lo Lu</i> y sujetamos las manos de la paciente y llevamos a línea media y aplaudimos acorde vayamos cantando de forma lenta y coordinada.</p>	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Canción: La Le Li Lo Lu 	<p>evidenció mayor movimiento en extremidades, cabeza, dedos de manos y pies.</p> <p>La presencia del cuidador hizo que la paciente se encuentre segura, relajada y alegre dentro del agua durante toda la sesión.</p>
--	--	---	-----------	---	--

Elaborado por: Paucar Apupalo Jimson Abraham (2021)

Fuente: Base de datos de la investigación

		<p>flexión – extensión de extremidades superiores.</p> <p>Sobre la alfombra de textura de algodón colocamos a la paciente en posición decúbito ventral, giramos la cabeza hacia la izquierda y realizamos ejercicios de flexión en brazo y pierna del lado izquierdo, las extremidades del otro costado deben permanecer en extensión, después giramos la cabeza hacia la derecha y flexionamos el brazo y pierna del otro lado derecho, extendemos las extremidades del lado izquierdo, de esta forma vamos a alternar los dos costados y realizamos 5 series de 10 repeticiones.</p> <p>Patrón Cruzado</p> <p>Seguimos en posición decúbito ventral la cabeza sigue volteada hacia el brazo flexionado del costado derecho, colocamos el brazo izquierdo atrás de la espalda, la pierna de este costado la flexionamos mientras que</p>	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Alfombra de textura (Algodón) 	
--	--	---	------------	---	--

		<p>la pierna del costado derecho debe estar en extensión, después giramos la cabeza y extremidades al lado opuesto estimulando el patrón cruzado, vamos a realizar 5 series de 8 repeticiones.</p> <p>Giros</p> <p>Relajamos musculatura, extendemos los brazos hacia arriba y las piernas mantenemos en extensión hacia abajo y comenzamos a girar hacia la derecha 4 veces y regresamos al punto de partida, después giramos hacia la izquierda 4 veces, realizaremos 5 series de giros bilaterales.</p>			
--	--	--	--	--	--

Elaborado por: Paucar Apupalo Jimson Abraham (2021)

Fuente: Base de datos de la investigación

		<p>de la canción y efectuamos 7 series de 10 repeticiones.</p> <p>Ejercicios en manos</p> <p>Colocamos a la paciente en posición decúbito ventral, sujetamos las extremidades inferiores, usamos aceite en sus manos para suavizarlas y ayudamos a realizamos ejercicios de flexión – extensión con toda la mano y de forma separada con cada dedo, aducción, abducción, pronación y supinación de mano, efectuamos 7 series de 10 repeticiones estos ejercicios serán acompañados con la canción <i>Con mis manitas</i>, la reproduciremos a velocidad lenta, volumen 10 y la cantaremos manteniendo el contacto visual con la paciente.</p>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Aceite 1/ Crema • Colchoneta • Canción: Con mis manitas • Parlante 	<p>las extremidades, se culminó con los ejercicios sin presentar fallo muscular.</p>
--	--	---	------------	---	--

Elaborado por: Paucar Apupalo Jimson Abraham (2021)

Fuente: Base de datos de la investigación

		<p>De forma repetida para llamar su atención y coordinación.</p> <p>En posición decúbito ventral realizamos ejercicios de patrón homolateral, patrón cruzado, giros, ejercicios en manos y sincronizamos los movimientos con la letra de la canción, efectuamos 7 series de 10 repeticiones.</p>	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Sala blanca • Colchoneta color blanco • Canción: Como se Mueven 	
--	--	--	------------	---	--

Elaborado por: Paucar Apupalo Jimson Abraham (2021)

Fuente: Base de datos de la investigación

ACTIVIDADES DEL MÉTODO PADOVAN

EDAD CRONOLÓGICA: 5 años 3 meses

EDAD DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ: 2 meses

Planificación 7					
Área	Objetivo	Desarrollo	Tiempo	Materiales	Observaciones
Motora	Estimular el avance del control cefálico mediante actividades motoras y sensoriales.	<p>Iniciaremos la sesión cantando la canción <i>Saludos</i> para motivar al cumplimiento de planificación establecida.</p> <p>En posición decúbito ventral realizamos ejercicios de patrón homolateral, patrón cruzado, giros, ejercicios en manos sobre colchoneta en sala blanca y sincronizamos los movimientos con la letra de la canción.</p> <p>Colocamos las férulas en los brazos del paciente, le ubicamos sobre un rodillo en posición 4 puntos, sujetamos brazos, piernas y abdomen para realizar desplazamientos hacia adelante - hacia atrás, cantamos ‘<i>Delante – Atrás</i>’ realizar 5 series de 10 repeticiones, después de cada serie</p>	<p>10 minutos</p> <p>35 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Canción: Saludo • Sala blanca • Canción • Canción: Como se Mueven • Férulas • Rodillo • Fondo musical de la canción: Como se Mueven 	<p>La paciente presento control cefálico por cortos periodos de tiempo en posición 4 puntos, se observó que tiene más facilidad al realizar movimientos laterales voluntariamente sin necesidad de un previo estímulo.</p>

		estimulamos musculatura de cuello para mantener el control cefálico y con la ayuda de una linterna realizamos ejercicios de seguimiento visual partiendo desde la línea media bilateral, sincronizamos con los movimientos cantando “ <i>arriba, abajo, derecha, izquierda</i> ”.			
--	--	---	--	--	--

Elaborado por: Paucar Apupalo Jimson Abraham (2021)

Fuente: Base de datos de la investigación

ACTIVIDADES DEL MÉTODO PADOVAN

EDAD CRONOLÓGICA: 5 años 3 meses

EDAD DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ: 2 meses

Planificación 8						
Área	Objetivo	Desarrollo	Tiempo	Materiales	Observaciones	
Motora	Estimular el avance del control cefálico mediante actividades motoras y sensoriales.	Con la ayuda de la guitarra iniciaremos con la canción <i>Saludos</i> , los sonidos que aremos con este instrumento serán lentos y suaves que produzcan tranquilidad y relajación en la paciente.	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Canción: Saludo • Hidromasaje • Tubo de esponja • Canción: Saco una Manita • Sala blanca • Colchoneta color blanco • Canción: Como se Mueven 	La paciente dentro del hidromasaje presenta mayor relajación en musculatura y movimientos en extremidades inferiores a manera de caminata, logra llevar las manos hacia la línea media y sujetar sus manos.	
		Colocamos a la paciente un tubo de esponja en el contorno del tórax y lo ubicamos delante de nosotros, después cantamos la canción <i>Saco una manita</i> y trabajamos ejercicios de extensión en brazos hacia la línea media, ayudamos s sujetar sus manos, abrimos y cerramos manos.	30 minutos			Dentro de la Sala Blanca la paciente mantuvo el control
		Después llevamos a la paciente a la sala blanca y sobre la colchoneta le colocamos en sedestación con las extremidades inferiores flexionadas al frente de las lámparas led y estimulamos músculos del cuellos	10 minutos			

		y espalda para mantener seguimiento visual y control cefálico.		• Lámparas sensoriales	cefálico al estar en contacto con las luces sensoriales.
--	--	--	--	------------------------	--

Elaborado por: Paucar Apupalo Jimson Abraham (2021)

Fuente: Base de datos de la investigación

ACTIVIDADES DEL MÉTODO PADOVAN

EDAD CRONOLÓGICA: 5 años 3 meses

EDAD DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ: 2 meses

Planificación 9					
Área	Objetivo	Desarrollo	Tiempo	Materiales	Observaciones
Motora	Estimular el avance del control cefálico mediante actividades motoras y sensoriales.	Iniciaremos la sesión cantando la canción <i>Saludos</i> para motivar al cumplimiento de planificación establecida.	5 minutos	• Canción: Saludo	Se evidencia que la paciente comienza a llevar las manos a línea media e intenta llevar las manos juntas hacia su boca, también realiza giros con poca ayuda, referente al control cefálico mantiene mirada al objeto por tiempos más prolongados de tiempo.
		Colocamos a la paciente sobre la colchoneta en posición decúbito ventral, realizamos ejercicios de patrón homolateral, patrón cruzado, giros, ejercicios en manos de flexión – extensión con toda la mano y de forma separada con cada dedo, aducción, abducción, pronación y supinación de mano, también colocamos las férulas en brazos a la paciente y lo ubicamos sobre un rodillo en posición 4 puntos, sujetamos brazos, piernas y abdomen para realizar desplazamientos	40 minutos	• Sala blanca • Canción: Como se Mueven • Férulas • Rodillo • Canción: Saco una Manito	

		<p>hacia adelante - hacia atrás, cantamos “<i>Delante – Atrás</i>”, realizamos ejercicios de seguimiento visual partiendo desde la línea media bilateral, sincronizamos los movimientos cantando “<i>arriba, abajo, derecha, izquierda</i>”, estos ejercicios van sincronizados con las canciones, se realizará 8 series de 10 repeticiones.</p> <p>En posición sedente con las piernas flexionadas, colocamos botellas sensoriales de color rojo y azul en frente de ella para llamar su atención y fijar la vista en punto medio, después llevamos la botella sensorial hacia los costados, arriba y abajo, sincronizamos con los movimientos cantando “<i>arriba, abajo, derecha, izquierda</i>”.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Botellas sensoriales • Colchoneta 	
--	--	--	--	--	--

Elaborado por: Paucar Apupalo Jimson Abraham (2021)

Fuente: Base de datos de la investigación

ACTIVIDADES DEL MÉTODO PADOVAN

EDAD CRONOLÓGICA: 5 años 3 meses

EDAD DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ: 2 meses

Planificación 10					
Área	Objetivo	Desarrollo	Tiempo	Materiales	Observaciones
Motora	Estimular el avance del control cefálico mediante actividades motoras y sensoriales.	<p>Iniciaremos la sesión cantando la canción <i>Saludos</i> para motivar al cumplimiento de planificación establecida.</p> <p>Sentamos a la paciente sobre una silla, sujetamos su tórax al espaldar con una banda elástica para darle más estabilidad y colocamos un objeto en el espejo en la línea media enfrente de la paciente, para llamar su atención, cantamos la canción <i>Suave Algodón</i> para ayudar a relajar musculatura corporal, después trabajamos ejercicios de flexión – extensión en brazos, manos y dedos mediante el uso de textura suave para relajar musculatura, sincronizamos movimientos con la letra de la canción <i>Saco</i></p>	<p>5 minutos</p> <p>30 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Canción: Saludo • Colchoneta • Sala blanca • Canción: Suave Algodón • Canción: Saco una Manito • Silla • Guante de textura (algodón - cartón) • Banda elástica • Peluche de luces 	<p>Paciente tolera texturas suaves y ásperas, también cambios de sonido y ruidos fuertes, no se evidencia presencia de rigidez al momento de trabajar área de Estimulación Temprana con diferentes estímulos, mantiene control cefálico,</p>

		<p><i>una Manito</i>, realizamos 5 series de 10 repeticiones.</p> <p>Cambiamos al área de Estimulación Temprana, colocamos a la paciente en posición sedente sobre la colchoneta con las extremidades inferiores flexionadas, colocamos un móvil colgante frente de la paciente y trabajamos seguimiento - fijación visual, cantamos “<i>arriba, abajo, derecha, izquierda</i>”. Realizamos 3 series de 10 repeticiones.</p>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Colchonetas • Móvil colgante 	seguimiento visual y lleva manos al punto medio.
--	--	--	------------	---	--

Elaborado por: Paucar Apupalo Jimson Abraham (2021)

Fuente: Base de datos de la investigación

5. CONCLUSIONES

- Se identificó el desarrollo psicomotriz actual de la paciente mediante la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor: 0-2 años, en donde se obtuvo que la paciente cumple con 18 ítems, para la aplicación de la escala se tomó como referencia al segundo mes, cuyo resultado dentro de la guía de aplicación refiere a que la paciente presenta Retraso del desarrollo psicomotor.
- Con el resultado obtenido en la aplicación de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor: 0-2 años, se dio paso a la aplicación de actividades del Método Padovan para el avance del control cefálico de la paciente con Síndrome de West.
- El Método Padovan favoreció a la reintegración de la función no desarrollada en la paciente, mediante la aplicación de actividades motoras, sincronizadas y repetitivas propias del desarrollo evolutivo, al ser acompañadas de musicoterapia dentro de un ambiente sensorial, tuvo gran impacto en el avance del desarrollo del control cefálico, la aplicación oportuna de esta metodología disminuyó las secuelas propias del síndrome y favoreció al cumplimiento del hito del desarrollo.

6. MATERIALES DE REFERENCIA

Referencias Bibliográficas

- Appendino, J. P., & Appendino, J. I. (2019). Encefalopatías epilépticas determinadas genéticamente. *medicina (Buenos Aires)*, 79, 42-49. Obtenido de <https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2010-a-2019/volumen-79-ano-2019-suplemento-3-indice/encefalopatias/>
- Arroyo, M., & Jaramillo, J. (16 de Noviembre de 2018). Síndrome de West. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Cuenca*, 36(2), 70-74. Obtenido de <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/2500>
- Ballesteros, Á. (2018). *Estudio epidemiológico de los pacientes con síndrome de West internados en el Hospital Nacional de Niños" Dr. Carlos Sáenz Herrera" en el período comprendido entre enero del 2012 y enero del 2017*[Trabajo de graduación de posgrado]. Obtenido de <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/11129/1/44455.pdf>
- Delgado, L., Montes, R., & Prieto, J. (2016). Prevalence of psychomotor retardation and its relation to the sensory profile in preschool children. *journal of human growth and development*, 26(3). Obtenido de <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.122815>
- Fabra, A. (16 de Enero de 2017). *Diferencia entre situación económica y situación financiera*. Obtenido de unCOMO: <https://uncomo.mundodeportivo.com/negocios/articulo/diferencia-entre-situacion-economica-y-situacion-financiera-27003.html>
- Guevara, E., & Gonzales, C. (2019). Factores de Riesgo de Preeclampsia, una actualización desde la medicina basada en evidencias. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 8(1), 30 - 35. Obtenido de

<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/issue/view/11>

- Jara, M. (2016). *Musicoterapia dirigido a un paciente que presenta el Síndrome de West [Tesis Posgrado, Universidad de Chile]*. Repositorio Institucional. Obtenido de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/142568>
- Macías, A., & Arcos, S. (2014). Impacto del proceso sensorial en el aprendizaje de niños con parálisis cerebral asociado con retardo mental severo. *Revista Eídos*(7), 19-24. Obtenido de <https://doi.org/10.29019/eidos.v0i7.110>
- Medeiros, L. (2015). Padovan method as early stimulation in neonatal Intensive Care Unit. *International Archives Of Medicine*, 8(166). Obtenido de <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1245>
- Montánchez, M., & Sigüenza, J. (11 de Junio de 2018). Revista Científica Hallazgos21. *La Musicoterapia como Terapia Complementaria en la Educación Infantil Inclusiva*, 3. Obtenido de <https://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/article/view/260/166>
- Pérez, M. (2017). “Familias West” diseño de comunidades de práctica virtuales: caso de estudio síndrome de west en primera infancia [proyecto de grado]. fundacion universitaria los libertadores. Obtenido de <http://hdl.handle.net/11371/989>
- Pinto, D., & Mendoza, D. (2015). Síndrome de West, experiencia con una serie de casos con acceso al tratamiento de primera línea, en Lima. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 78(2). Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972015000200002&script=sci_arttext&tlng=en
- Sanz, H., & Andia, C. (2014). Síndrome de West: etiología, fisiopatología, clínica, diagnóstico, tratamiento e. *Revista Médico-Científica "Luz y Vida"*, 5(1). Obtenido de <https://sites.google.com/site/revmedicocientificaluzyvida/numeros-disponibles-online/ano-2014-vol-5-1/3.1%20S%C3%ADndrome%20de%20West.pdf?attredirects=1&d=1>

Solís, Á. (2021). *Comportamiento de la epilepsia de difícil control en pacientes atendidos en la consulta externa de Neuropediatría del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera durante el periodo de Enero 2020 a Diciembre 2020 [Otra Tesis]*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/14928/>

Valderrama Ortiz, S. (2020). *Facilitación del control cefálico mediante la aplicación de puntos clave de control en miembros superiores de acuerdo al concepto Bobath en niños con retraso del desarrollo psicomotor atendidos en el Centro Especializado en Rehabilitación Integral N°1 (CERI) Conocoto, en el periodo octubre 2019–febrero 2020* (Bachelor's thesis, Quito: UCE). Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/21125>

Vargas, M., Elzel, L., & Casas, J. (2020). Evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 3 a 24 meses: jardines infantiles de fundación integral, Chile. *Journal of sport and health research*, 12(1), 28-41. obtenido de <https://recyt.fecyt.es/index.php/JSJR/article/view/80791>

LINKOGRAFÍA:

CONADIS. (Abril de 2021). *Servicio del MIES Personas con Discapacidad*. Obtenido de <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/#>

Gonzales, A. (28 de Enero de 2019). *Hop Toys*. Obtenido de <https://www.bloghoptoys.es/los-beneficios-del-metodo-padovan/>

Ley orgánica de salud. (24 de Enero de 2015). *Capítulo iii-a de las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas*. Obtenido de : <https://brenp.com/ley-organica-de-salud-ecuador-actualizada-y-vigente-2/>

Uribe, A. (14 de Abril de 2011). *AITTA*. Obtenido de <http://aitta.es/web2/index.php/el-metodo-padovan-de-reorganizacion-neurofuncional/>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS: BASE DE DATOS UTA

SPRINGER: Pavone, P., Polizzi, A., Marino, S., Corsello, G., Falsaperla, R., Marino, S., & Ruggieri, M. (2020). West syndrome: a comprehensive review. *Neurological Sciences*, 1-16. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10072-020-04600-5>

7. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Ambato, 17 de Febrero del 2021

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, *Maria Cecilia Pullatorí Bombomaza*..... con cédula de ciudadanía N.º *1.80.30.17.12-6*, previa explicación doy mi consentimiento informado para 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 el interesado puede hacer uso de 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 sobre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y el/la tutor/a de tesis tendrá acceso.
- 2) Su nombre o el de su nieta no será mencionado en los reportes o publicaciones.

El presente consentimiento informado, para permitir que el Sr. **Jimson Abraham Paucar Apupalo** con C.I. **180457143-6** estudiante de la Universidad Técnica de Ambato, carrera de Estimulación Temprana, use la información para la realización del caso clínico Titulado: **"MUSICOTERAPIA Y ESTIMULACIÓN SENSORIAL ENFOCADO EN EL SÍNDROME WEST CON ALTERACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR SEVERO, MEDIANTE EL USO DEL MÉTODO PADOVAN."**

Para constancia del mismo y para fines permitentes, firmamos:

Maria Cecilia Pullatorí Bombomaza.....

C.I. *1.80.30.17.12-6*.....

Maria Cecilia Pullatorí Bombomaza

Representante legal del paciente

C.I. 180457143-6

Jimson Paucar

Investigador del Caso

Anexo 2. Autorización del centro



ANEXO 3 FORMATO DE LA CARTA DE COMPROMISO

Ambato, 12 / Mayo / 2021

Dra.
Sandra Villacís
Presidenta de la Unidad de Titulación
Facultad de Ciencias de la Salud
Presente

De mi consideración:

Yo, CASARES NARANJO KARINA CECILIA en mi calidad de Administradora del Centro Inclusivo de Discapacidades "El Peral" me permito poner en su conocimiento la aceptación y respaldo para el desarrollo del Trabajo de Titulación bajo el Tema: "MUSICOTERAPIA Y ESTIMULACIÓN SENSORIAL ENFOCADO EN EL SÍNDROME WEST CON ALTERACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, MEDIANTE EL USO DEL MÉTODO PADOVAN." propuesto por el estudiante Paucar Apupalo Jimson Abraham, portador de la Cédula de Ciudadanía 180457143-6, estudiante de la Carrera de Estimulación Temprana, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato.

A nombre de la Institución a la cual represento, me comprometo a apoyar en el desarrollo del proyecto.

Particular que comunico a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,

CASARES NARANJO KARINA CECILIA
Administradora del Centro
C.I.: 1802919355
Celular: 0983499075
Correo electrónico: karitocasares1809@hotmail.com

Anexo 3. Entrevista

ANAMNESIS HISTORIA CLÍNICA

La información será proporcionada exclusivamente por la madre de familia, y se guardará absoluta confidencialidad y los resultados contribuirán para la planificación del programa de Estimulación Temprana de su niño o niña.

HISTORIA CLÍNICA INFANTIL

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:	
Edad:	
Fecha de nacimiento:	
Escolaridad:	
Con quien vive:	
Nombre del padre:	
Nombre de la madre:	
Número de hermanos:	Lugar que ocupa:
Domicilio:	
Teléfono:	

ANAMNESIS NORMAL O PATOLÓGICA:

ANTECEDENTES PRENATALES:

¿Fue un hijo planificado?

SI NO

¿Durante el embarazo fue un niño/a deseado/a?

SI NO

Reacción emocional de los padres al momento de saber del embarazo.
R:

HABITOS:

¿Cuántas horas dormía durante la gestación?

¿Qué tipo de alimentación tuvo durante el embarazo?

¿Usted realizó actividad física durante el embarazo? SI NO

¿Usted consumía alcohol durante o antes del embarazo? SI NO

¿Embarazo normal?

SI NO

HITOS DEL DESARROLLO:

DESARROLLO MOTOR					
GRUESO			FINO		
HITO	RANGO	EDAD/MESES	HITO	RANGO	EDAD/MESES
Control cefálico	3		Movimiento de los brazos al azar	3	
Sedestación	6		Coordinación ojo-mano	9	
Repta	7		Pinza en cilindro	12	
Gateo	9		Pinza digital	24 - 36	
Bipedestación	10		Pinza cripada	60	
Marcha	13				

DESARROLLO COGNITIVO		
HITO	RANGO / MESES	EDAD/MESES
Fijación visual	2	
Seguimiento visual	2	
Seguimiento auditivo	2-3	
Exploración de manos y cara	3	
Reconoce miembros de la familia	4-5	
Reconoce partes del cuerpo	12	

DESARROLLO SOCIAL		
HITO	RANGO / MESES	EDAD/MESES
Sonrisa social	2	
Reconoce la voz de su madre	4-5	
Se calma cuando lo cargan	3	
Se voltea cuando lo llaman por su nombre	6	
Reacciona ante el espejo	4-5	
Entrega objetos	9	

DESARROLLO DEL LENGUAJE		
HITO	RANGO/ MESES	EDAD/MESES
Sonidos guturales	2	
Balbuceo	4	
Entiende el significado del "no"	12	
Palabras sin significado	12-13	
Palabras con significado	20	
Dice frases de 2 o mas palabras	24	

Problemas de salud de la madre

SI NO

Hipertensión	Embarazo de alto riesgo
Diabetes	ITS
Hipertensión	Otro
Malnutrición	

ANTECEDENTES PERINATALES

¿Parto Eutócico?

SI NO Causa:

Problemas de salud del recién nacido.

SI NO

Convulsiones	Reanimación
Cianosis	Hemorragia
Apnea neonatal	Hiperbilirrubinemia
Prematuridad	Sepsis neonatal
Circular de cordón	ITS
UCIN	Otro

SEMANAS DE GESTACIÓN:

APGAR: 1º minuto 5º minuto

PESO: TALLA:

PERÍMETRO CEFÁLICO:

TAMIZAJE AUDITIVO () | TAMIZAJE VISUAL () | TAMIZAJE METABÓLICO ()

ANTECEDENTES PERSONALES:

Patológicos:

Infecciosos	Quirúrgicos	Alérgicos
Transfusionales	Traumáticos	Otro

Especificar:

Inmunización:

BCG	Rubeola
Poliomielitis	Tosnoide Tetánico
Hepatitis A	Hepatitis B
Sarampión	Parotiditis
Variola	Otros

Alimentación

Lactancia exclusiva:

Ablactación:

Lactancia complementaria:

Motivo del destete:

Alimentación actual:

PROBLEMA NEUROTICOS

Pesadillas: Si No

Berrinches?: Si No

Temores nocturnos?: Si No

El Niño / Niña miente?: Si No

Problemas de lenguaje?: Si No

ANAMNESIS FAMILIAR:

TIPO DE FAMILIA

NUCLEAR MONOPARENTAL EXTENDIDA ENSAMBLADA

MADRE	PADRE
Vive: SI () NO ()	Vive: SI () NO ()
Edad: <input type="text"/>	Edad: <input type="text"/>
Sana () Enferma ()	Sano () Enfermo ()
Escolaridad: <input type="text"/>	Escolaridad: <input type="text"/>
Ocupación: <input type="text"/>	Ocupación: <input type="text"/>
Descripción del trabajo: <input type="text"/>	Descripción del trabajo: <input type="text"/>
Trabajos anteriores: <input type="text"/>	Trabajos anteriores: <input type="text"/>
Exposición a agentes: <input type="text"/>	Exposición a agentes: <input type="text"/>
Tiempo de exposición: <input type="text"/>	Tiempo de exposición: <input type="text"/>
Ha sufrido alguna intoxicación: <input type="text"/>	Ha sufrido alguna intoxicación: <input type="text"/>
Accidente laboral: <input type="text"/>	Accidente laboral: <input type="text"/>
Salario mensual: <input type="text"/>	Salario mensual: <input type="text"/>
Transfusiones: <input type="text"/>	Transfusiones: <input type="text"/>
Tatuajes: <input type="text"/>	Tatuajes: <input type="text"/>
Toxicomanías: <input type="text"/>	Toxicomanías: <input type="text"/>
Alcoholismo: <input type="text"/>	Alcoholismo: <input type="text"/>
Gestas: <input type="text"/>	Hijos vivos: <input type="text"/>
Partos: <input type="text"/>	Hijos muertos: <input type="text"/>

ANTECEDENTES DE PADECIMIENTOS HEREDITARIOS:

Diabetes	Malformaciones congénitas
Cardiopatías	Alérgicos
Nefropatías	Retraso psicomotor
Hipertensión	Infecciosos
Hematológicas	Oncológicas
Otros	Especificar: <input type="text"/>

EVALUACION:

Fuente: Base de datos de la investigación; Elaborado por: Paucar J., (2021)

Anexo 4. Esquema de vacunación

ESQUEMA DE VACUNACIÓN - NIÑOS/AS MENORES (de 1 año)									
VACINAS	DOSES	FECHA DE APLICACIÓN			EDAD LOTE No	NOMBRES DEL VACUNADOR	UNIDAD OPERATIVA		
		DÍA	MES	AÑO					
*BCG	Menor de 28 días	1	19	01	2016	Lic Ulloa	C.S. Cuzco		
Hepatitis B (HB caro)	Menor de 28 días	1	-	-	-	-	-		
Rotavirus	2 meses	1ª	05	02	2016	Alfredo Pacheco	C.S. Cuzco		
	4 meses	2ª	12	04	2016	Lic. Cocho	C.S. Cuzco		
	2 meses	1ª	09	02	2016	Alfredo Pacheco	C.S. Cuzco		
	4 meses	2ª	12	04	2016	Lic Cocho	C.S. Cuzco		
	6 meses	3ª	10	06	2016	Lic Rivera	C.S. Cuzco		

* Podrán vacunarse hasta los 11 meses y 29 días

ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO - NIÑOS/AS (de 1 a 4 años)									
VACINAS	DOSES	FECHA DE APLICACIÓN			EDAD LOTE No	NOMBRES DEL VACUNADOR	UNIDAD OPERATIVA		
		DÍA	MES	AÑO					
Antipoliomielítica oral (OPV)	2 meses	1ª	18	02	2016	Alfredo Pacheco	C.S. Cuzco		
	4 meses	2ª	02	04	2016	Lic. Cocho	C.S. Cuzco		
	6 meses	3ª	10	06	2016	Lic Rivera	C.S. Cuzco		
Neumococo conjugado	2 meses	1ª	09	02	2016	Alfredo Pacheco	C.S. Cuzco		
	4 meses	2ª	12	04	2016	Lic Cocho	C.S. Cuzco		
	6 meses	3ª	10	06	2016	Lic Rivera	C.S. Cuzco		
Sarampión Rubéola (SR)	6 a 11 meses	1	-	-	-	-	-		

OTRAS VACINAS

OBSERVACIONES:

ESQUEMA DE VACUNACIÓN - NIÑOS/AS (de 12 a 23 meses)									
VACINAS	DOSES	FECHA DE APLICACIÓN			EDAD LOTE No	NOMBRES DEL VACUNADOR	UNIDAD OPERATIVA		
		DÍA	MES	AÑO					
Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	12 meses	1	16	12	2016	Lic. Pacheco	C.S. Cuzco		
Variola	15 meses	1	10	03	2017	Lic. SM	C.S. Cuzco		
Fiebre amarilla (FA)	15 meses	1	20	12	2016	Lic. Pacheco	C.S. Cuzco		
Antipoliomielítica oral (OPV)	18 meses (m)	4ª	13	06	2017	Lic Rivera	C.S. Cuzco		
Difteria, Tétanos y Polio (DTP)	18 meses (m)	4ª	13	06	2017	Lic Rivera	C.S. Cuzco		

OTRAS VACINAS

SRP2

ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO - NIÑOS/AS (de 1 a 4 años)									
VACINAS	DOSES	FECHA DE APLICACIÓN			EDAD LOTE No	NOMBRES DEL VACUNADOR	UNIDAD OPERATIVA		
		DÍA	MES	AÑO					
Difteria, Tétanos y Polio (DTP)	1ª								
	2ª								
	3ª								
	4ª								
Antipoliomielítica oral (OPV)	de 1 a 4 años **								
Hepatitis B (HB)	1ª								
	2ª								
	3ª								

OTRAS VACINAS

SRP2

OBSERVACIONES:

** Niños/as que inician esquema

Fuente: Historia Clínica del Centro Inclusivo el Peral

Anexo 5. Historia clínica del centro inclusivo de desarrollo el peral

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

CODIGO:.....

Quisapincha

DATOS PERSONALES

Nombres: [REDACTED]
 Apellidos: [REDACTED]
 Lugar y Fecha de Nacimiento: 9/11/2015 Ambato
 Número de Cédula: [REDACTED]
 Edad: 1 Años 5 Meses
 Género: Femenina
 Escolaridad: [REDACTED]
 Dirección Domiciliaria: Quisapincha
 Teléfono: [REDACTED] Celular: [REDACTED]
 Religión: Católica
 Tipo de Discapacidad: [REDACTED]
 Número de Carnet del CONADIS: [REDACTED] Observación: [REDACTED]
 Recibe Atención o Control Médico: Centro de Salud
 Recibe ayuda de alguna Institución de Estado: NO

DATOS FAMILIARES

a) Nombre de la Madre: [REDACTED]
 Edad: 23 Estado Civil: Unión Libre Nivel Escolar: Primaria
 Profesión: Costurera Ocupación: Costurera
 Lugar de Trabajo: Casa
 Horario: Indefinida
 Hábitos Tóxicos: No
 Patologías: No
 Características de la Personalidad: Alegre
 Estado de salud al momento de la concepción del niño/a: Buena

b) Nombre del Padre: [REDACTED]
 Edad: 29 Estado Civil: Unión Libre Nivel Escolar: Bachiller
 Profesión: Abogado Ocupación: Trabaja en construcción
 Lugar de Trabajo: Ambato Horario: 1:00 - 12:00 pm
 Hábitos Tóxicos: No
 Patologías: No
 Características de la Personalidad: Buena
 Estado de salud al momento de la concepción del niño/a: Buena
 Relación de los Padres: Buena
 Atmósfera Familiar: Buena
 Presencia de Maltrato: No
 Nivel Socio Económico: Regular
 Convive con Otros Familiares: SI (x) NO ()
 Abuelos Maternos: x Abuelos Paternos: x Tíos: x Otros: Suegra
 Familiares Presentan algún Tipo de Patología: No
 Antecedentes de Discapacidad Familiar: No
 Número de Hermanos: 0 Lugar que ocupa: Primera

Dirección: Calles Mirabeles y Delicia (Paseo Ecológico - Parque "El Sueño")

Fuente: Historia Clínica del Centro Inclusivo el Peral

Detalle de Hermanos

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	PATALOGIAS

ANAMNESIS PERSONAL NORMAL - PATOLOGICA

EMBARAZO

Número de Embarazo: 1 T. Gestacional: 7m
 Deseado SI () NO (x) Planificado SI () NO (x)
 Complicaciones en el embarazo: SI () NO ()
 Preclamsia: - Eclampsia: - Rubeola: -
 Toxoplasmosis: - Alt.Cromosómica: - RX: -
 Enfermedades Infecciosas: - Intoxicación con Medicamentos: -
 Etilismo/Drogadicción en los Padres: - Vómitos: 50
 Amenazas de Aborto: - Placenta previa: - Hemorragias: -
 Problemas emocionales: 50 Traumatismos: -
 Controles Médicos: SI (x) NO () Cada mes Estado Nutricional: Buena

PARTO

NORMAL () CESAREA (x) Rompío agua de fuente
 Cefálico: - Podálico: - Duración: - Complicaciones: -
 Vuelta de cordón: - Hemorragias: - Parto sin dolor: -
 Asistencia al momento del parto: -
 Peso: - Talla: - Perimetro Cefálico: -
 Color Piel: Harada APGAR: -

COMPLICACIONES DESPUÉS NACIMIENTO:

Llanto: 50 Asfixia: 50 Ictericia: - Problemas Cardiacos: -
 Necesitó oxígeno: - Incubadora: 50 Transfusiones: - Internamiento: 50
 Observaciones: intanada 3 dias

HISTORIA DEL DESARROLLO

(Alimentación)

Seno: - Succión: - Destete: - Uso de Fórmulas: - Biberón: -
 Alimentación Actual: seno Masticación: -
 Dificultad en la Alimentación: Normal

(Sensopercepciones)

VISION: ojo bajo II AUDICION: - OLFATO: - GUSTO: - TACTO: -
 Dificultades: ojo bajo

(Motricidad)

Control de Cuello: - Sentado: - Gateo: -
 Primeros Pasos: - Camino: - Coordinación y Equilibrio: -

Dirección: Calles Mirabeles y Delicia (Paseo Ecológico - Parque "El Sueño")

Fuente: Historia Clínica del Centro Inclusivo el Peral

(Lateralidad)

Derecha () Izquierda () Ambidestra () Inmadurez () Tipo de Marcha:
Esquema corporal: Gruesas () Finas () Viso motriz: Manual:
Presencia de Dificultad:

(Lenguaje)

Baluceo: *4-5m* 1eras Palabras: 1eras Frases:
Lenguaje Actual: *baluceo* Comprensión: Articulación:
Pronunciación:
Presencia de Dificultad: *Articulación*

(Cognición)

Reconoce a los padres: *si* Diferencia a personas:
Respuestas e Instrucciones Simples: Comunica sus Necesidades:
Aprendizajes: Cooperación: Participación:
Aptitud y Habilidad Cognoscitiva: Nivel de Aprendizaje:
Orientación: Espacio Tiempo Persona
Presencia de Dificultad:

(Socio - Afectivo - Adaptativo)

Temperamento: Fuerte () Débil () Amigable () Alegre () Tímido () Irritable () Impulsivo ()
Inquieto () Hiperactivo () Hipo activo ()

Comportamiento: Líder () Aislado () Agresivo () Tranquilo () Disciplinado () Evasivo ()
Asustadizo () Negativo () Preocupado () Colaborador () Entusiasta ()

Actividades Diarias:

Requiere de Asistencia en la Alimentación: SI () NO (x) Sialorrea:
Se viste solo Se abrocha los zapatos
Control de esfínteres Micción: Defecación:
Uso de Pañal: SI (x) NO ()
Sueño: *Normal* Duerme solo SI () NO () Ansiedad () Temor () Angustia ()
Dependiente de Permanente Cuidado Atención:

Relación Social:

Madre: *Buena* Padre: *Buena* Entorno: *Buena*
Guardería: Jardín: Escuela:
Presencia de Dificultad:

ENFERMEDADES PRESENTADAS

Sarampión SI () NO (✓) Varicela SI () NO (✓) Tosferina SI () NO ()
Rubeola SI () NO (✓) Alergias SI () NO (✓)

Edad de Enfermedades Presentadas: *Ninguna*
Otras Enfermedades Infecciosas: *Ninguna*
Traumatismos Craneanos: SI () NO (x)
Intervenciones Quirúrgicas: SI () NO (x)
Exploraciones y Tratamientos anteriores: *CNH*
Internamiento Hospitalario: *NO*
Tratamiento Farmacológico: *NO*
Convulsiones SI () NO (x) Rigidez Flacidez Cianosis
Presencia de Dificultad:

▪ **APLICACIÓN DE REACTIVOS**

Test de Nelson Ortiz

Dirección: Calles Mirabeles y Delicia (Paseo Ecológico - Parque "El Sueño")

Fuente: Historia Clínica del Centro Inclusivo el Peral

▪ IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Retraso en su desarrollo

CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS:

Retraso en todas las áreas de desarrollo

▪ TRATAMIENTO


Trabaja en gises, central reflexiva, posición prono, puntos de apoyo, seguimiento visual

▪ RECOMENDACIONES

Remite al médico "Requerimiento de un diagnóstico médico"
Asisti a Estimulación Temprana los días Martes de 8:30 a 9:00 y los
Jueves de 9:00 a 9:30 am

Realizado por: Pamela Cáceres

Fecha: 30-03-2017


Firma del Representante Legal del Beneficiario

Dirección: Calles Mirabeles y Delicia (Paseo Ecológico - Parque "El Sueño")

Fuente: Historia Clínica del Centro Inclusivo el Peral

Escala Abreviada de desarrollo (EAD-1)

No. Historia Clínica: _____

DIRECCION DE SALUD: CID "El Peral"

ORGANISMO DE SALUD: Municipal

Nombre del niño: _____

1er Apellido: _____ 2do Apellido: _____ Nombres: _____

Sexo: (1) Masculino - (2) Femenino

Dirección: Quisapichá

Fecha de nacimiento: 9-11-2015

Peso: _____ Talla: _____

SINTESIS EVALUACIONES

FECHA EVALUACION			EDAD	RESULTADOS POR AREAS				
DIA	MES	AÑO	MESES	A M.D.	B M.F.A	C A.L	D P.S.	TOTAL
04	04	2017	24	0	0	3	0	3

Este instrumento fue diseñado y normatizado a nivel nacional con el apoyo técnico y financiero de UNICEF

Escala Abreviada del Desarrollo (Ministerio de Salud- Nelson Ortiz- Noviembre 1999)

ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO (EAD 1)

Requisito	ITEM	A MOTRICIDAD GRUESA	Anote Edad en meses para esta evaluación	Requisito	ITEM	B MOTRICIDAD FINA ADAPTATIVA	Anote Edad en meses para esta evaluación
1	0	Patea vigorosamente		1	0	Sigue movimiento horizontal y vertical del objeto.	
1	1	Levanta la cabeza en prona.		1	1	Abre y mira sus manos.	
3	2	Levanta cabeza y pecho en prona		2	2	Sostiene objeto en la mano.	
3	3	Sostiene cabeza al levantarlo de los brazos		3	3	Se lava objeto a la boca.	
4	4	Control de cabeza sentado		4	4	Agarra voluntariamente	
5	5	Se voltea de un lado a otro		5	5	Sostiene un objeto en cada mano.	
6	6	Intenta sentarse solo.		6	6	Pasa objeto de una mano a otra.	
7	7	Se sostiene sentado con ayuda.		7	7	Manipula varios objetos a la vez.	
8	8	Se arastra en posición prona.		8	8	Agarra objeto pequeño con los dedos.	
9	9	Se arastra por sí solo.		9	9	Agarra cubo con pulgar e índice.	
10	10	Gusca bien.		10	10	Mete y saca objetos en caja.	
11	11	Se agarra y sostiene de pie		11	11	Agarra tercer objeto sin soltar otros.	
12	12	Se para solo.		12	12	Empuja objetos esconidos.	
13	13	Se parita solo.		13	13	Hace torre de tres cubos.	
14	14	Camina solo bien		14	14	Pasa hojas de un libro.	
15	15	Corre.		15	15	Anticipa salida del cubo.	
16	16	Patea la pelota		16	16	Tapa bien la caja.	
17	17	Lanza la pelota con las manos		17	17	Hace garabatos circulares.	
18	18	Salta en los dos pies		18	18	Hace torre de 5 o más cubos.	
19	19	Se arrodilla en ambos pies		19	19	Encuanto 0 o más cuentas.	
20	20	Se levanta sin usar las manos.		20	20	Copia línea horizontal y vertical	
21	21	Camina hacia atrás		21	21	Separa objetos grandes y pequeños	
22	22	Camina en porta de pies.		22	22	Figura humana rudimentaria	
23	23	Se para en un solo pie		23	23	Corta papel con las tijeras.	
24	24	Lanza y agarra la pelota		24	24	Copia cuadrado y círculo.	

Escala Abreviada del Desarrollo (Ministerio de Salud- Nelson Ortiz- Noviembre 1999)

PARAMETROS NORMATIVOS PARA LA EVALUACION DEL DESARROLLO DE NIÑOS MENORES DE 60 MESES

Edad en Meses	(A) Motricidad Gruesa				(B) Motricidad Fina Adaptiva				(C) Audición y Lenguaje				(D) Personal Social				TOTAL			
	Alerta	Medio	Medio Alto	Alto	Alerta	Medio	Medio Alto	Alto	Alerta	Medio	Medio Alto	Alto	Alerta	Medio	Medio Alto	Alto	Alerta	Medio	Medio Alto	Alto
	1-3	0-1	2-3	4-5	6-	0-1	2-3	4-5	6-	0-1	2-3	4-5	6-	0-1	2-3	4-5	6-	0-6	7-13	14-22
4-6	0-4	5-6	7-9	10-	0-4	5-6	7-9	10-	0-4	5-6	7-9	10-	0-4	5-6	7-9	10-	0-19	20-27	28-34	35-
7-9	0-7	8-10	11-13	14-	0-7	8-10	11-13	14-	0-7	8-10	11-13	14-	0-7	8-10	11-13	14-	0-31	32-39	40-46	49-
10-12	0-11	12-13	14-16	17-	0-11	12-13	14-16	17-	0-11	12-13	14-16	17-	0-11	12-13	14-16	17-	0-42	43-49	50-56	57-
13-18	0-13	14-16	17-19	20-	0-13	14-16	17-19	20-	0-13	14-16	17-19	20-	0-13	14-16	17-19	20-	0-51	52-60	61-69	70-
19-24	0-16	17-19	20-23	24-	0-16	17-19	20-23	24-	0-16	17-19	20-23	24-	0-16	17-19	20-23	24-	0-61	62-71	72-83	84-
25-36	0-19	20-23	24-27	28-	0-19	20-23	24-27	28-	0-19	20-23	24-27	28-	0-19	20-23	24-27	28-	0-74	75-86	87-100	101-
37-48	0-22	23-26	27-29	30-	0-22	23-26	27-29	30-	0-22	23-26	27-29	30-	0-22	23-26	27-29	30-	0-89	90-100	101-114	115-
49-60	0-26	27-29	30-		0-26	27-29	30-		0-26	27-29	30-		0-26	27-29	30-		0-101	102-113	114-	

NOTA: Si el puntaje obtenido por el niño se encuentra en la franja ALERTA, no debe remitirse para una valoración más completa.

Observaciones: Recibir terapia 2 veces por semana para mejorar su desarrollo

La niña presenta alerta en todas las áreas por lo cual necesita esta evaluación temprana

Fuente: Historia Clínica del Centro Inclusivo el Peral

DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMÍA SOLIDARIA

Ambato 16 de Mayo del 2017

A petición verbal de la parte interesada la suscrita Ps. Cl. Jenny Plasencia, en calidad de Administradora de este centro tengo a bien extender el presente:

CERTIFICADO

Por medio del presente tengo a bien certificar, que la niña [REDACTED] de 1 año 6 meses de edad, es beneficiaria de nuestro centro de atención debido a que presenta un **Grave Retraso del Desarrollo Psicomotor** afectando las áreas de Motricidad Gruesa- Fina, Lenguaje y Cognición por lo cual se realiza una **Apreciación Diagnostica de Hemiparesia Izquierda**; asiste a recibir **Terapia de Estimulación Temprana y Terapia de Terapia Física** los días **Martes y Jueves de 9h00 a 10h30 am**.

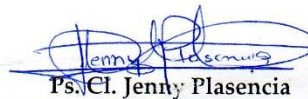
Recomendaciones:

- *Realizar urgentemente **Valoración Neuropediátrica** para mejor comprensión de Diagnostico debido antecedentes Natales de Prematurez (7 meses).*
- Continuar con los procesos establecidos.
- Control medico pediátrico para ir marcado los niveles de desarrollo que va alcanzado gracias a las terapias.
- **Edad de Desarrollo Evaluada: 5 meses.**

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando a la Sra. Susana Chadan representante de la beneficiaria hacer uso del presente como a bien creyere conveniente.

Atentamente,

Jenny E. Plasencia Alvarez
PSICOLOGA CLINICA
MSP L 2 F. 42 N° 124
012 728039 / 0992671050



Ps. Cl. Jenny Plasencia

RESPONSABLE CID EL "PERAL-ATL"
032420525-0992671050



GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO
MUNICIPALIDAD DE AMBATO

Pte. [REDACTED]

Favor evaluar a pte
por Otorrinolaringología.

IDx: - Estrolismo?
- PCI.

HOSPITAL MUNICIPAL
Dra. Mery Guerrero D.
MSP L VII F 223 N° 660
INH 18 08 394

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO
MUNICIPALIDAD DE AMBATO

Pte. [REDACTED]

Favor realizar
RX de oídos


IDx: Deslucida Sustituta
cin de oídos.
- PCI

Nota:
con lo planeado favor consultar
a Traumatología.

HOSPITAL MUNICIPAL
Dra. Mery Guerrero D.
MSP L VII F 223 N° 660
INH 18 08 394

Niña que está siendo atendida en El Peral.

- Estimulación Temprana
- Terapia Física



Jenny E. Plazencia Alvarez
PSICOLOGA CLINICA
MSP L 2 F. 42 N° 124
032 728039 / 0992671050

Fuente: Historia Clínica del Centro Inclusivo el Peral

DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMÍA SOLIDARIA

Proyecto Centro Inclusivo de discapacidades el Peral
Historia clínica - Área Terapia Física

Fecha: Agosto 2018 - 24 Febrero 2021

Nombres: [redacted] # Cedula: [redacted]
Fecha de Nacimiento: 9 Noviembre 2015 Edad: 5 años Género: Femenino Etnia: M.
Discapacidad: Física Porcentaje: 35% Numero de Carnet: [redacted]
Dirección: Quisapincha Teléfono: [redacted] Parroquia: [redacted]
Representante: Myriam Susana Chaden Mail: Ninguno

Diagnóstico Médico: Síndrome West - PCI -

Antecedentes Patológicos Personales

Madre refiere un embarazo, aproximadamente desde el 3 mes de gestación fueron al control natal, Prita por cesaria de emergencia a los 7 meses, se comenzo agua de fuente sin atención en farmacia inmediato, le trasladaron a la niña a la Clínica ambato 2 semanas en farmacia, le llevaron a la casa aproximadamente un mes mas estuvo en casa, aproximadamente al año y medio se dan cuenta que existe un problema. Refiere traumatismo craneoencefalico aproximado a los 2 años conllevan el golpe en TAC a los cuatro años.

Antecedentes Patológicos Familiares

Ninguno

Motivo de consulta

Niña de aproximadamente de 5 años, con retraso psicomotor por problemas en la cabeza, a los 2 años mas o menos empezamos a trabajar fisioterapia por aparentemente una caída empezó a combalaciones y descontroladas, detectaron síndrome de West, y combalaciones siendo medica con Alectel (ceprolino) por tres años 2 veces al día 7am-3pm. P

Actualmente no tiene combalaciones.

Fuente: Historia Clínica del Centro Inclusivo el Peral

FN: 09/12/15

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACION			NUMERO DE HISTORIA CLINICA	
USP		HPOA							[REDACTED]	
APELLIDO INTERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		EDAD		CEDULA DE CIUDADANIA
[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		107		[REDACTED]
PERSONA QUE RECIBE		PROFESIONAL SOLICITANTE		SERVICIO		SALA		CAMA		PRIORIDAD
				C/E						URGENTE
										RUTINA
										CONTROL
										<input checked="" type="checkbox"/>

1 ESTUDIO SOLICITADO

RX CONVENCIONAL	TOMOGRAFIA	RESONANCIA	ECCOGRAFIA	PROCEDIMIENTO	OTROS
					<input checked="" type="checkbox"/>
DESCRIBIR: Electroencefalograma					
PUEDE MOVILIZARSE		PUEDE RETIRARSE VENDAS/APOSITOS O YESOS		EL MEDICO ESTARA PRESENTE EN EL EXAMEN	
				TOMA DE FOTOGRAFIA EN LA CABEZA	

2 MOTIVO DE LA SOLICITUD

Valoracion de actividad eléctrica cerebral.

RESUMEN CLINICO

Paciente portadora de PE espástica presenta movimiento tipo susto con apertura de ojos, hipertonia global hipertonia de brazos

4 DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	CIE - CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES			OIE	PRE	DEF
	10	11	12			
1	310	Perálisis Cerebral Infantil	650			<input checked="" type="checkbox"/>
2	340	Epilepsia	Sa	UW	640	<input checked="" type="checkbox"/>
3						
4						
5						

FECHA	22/06/15	NOMBRE DEL PROFESIONAL	Dra. Altamirano	FIRMA	[Firma]	NUMERO DE HOJA	
-------	----------	------------------------	-----------------	-------	---------	----------------	--

IMAGENOLÓGIA - SOLICITUD

Dra. Rosa Altamirano V.
 NEURÓLOGA - PEDIATRA
 INH 18-08-183
 MSP L.1.F.1 N° 3

[Firma]

DIRECCION MEDICA

Fuente: Historia Clínica del Centro Inclusivo el Peral



REPÚBLICA DEL ECUADOR
GAD MUNICIPALIDAD DE AMBATO

DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMÍA SOLIDARIA

Evaluación de la Marcha

INICIO DE LA MARCHA (inmediatamente después de decir "camino")	
Duda o vacila o múltiples intentos para comenzar	0
No vacilante	1
LONGITUD Y ALTURA DEL PASO	
El pie derecho no sobrepasa al izquierdo con el paso en la fase de balanceo	0
El pie derecho sobrepasa al izquierdo con el paso	1
El pie derecho no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo	0
El pie derecho se levanta completamente	1
El pie izquierdo no sobrepasa al derecho con el paso en la fase de balanceo	0
El pie izquierdo sobrepasa al derecho con el paso	1
El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo	0
El pie izquierdo se levanta completamente	1
SIMETRÍA DEL PASO	
La longitud del paso con el pie derecho e izquierdo es diferente (estimada)	0
Los pasos son iguales en longitud	1
CONTINUIDAD DE LOS PASOS	
Para o hay discontinuidad entre los pasos	0
Los pasos son continuos	1
TRAYECTORIA (estimada en relación a las baldosa del suelo de 30 cm. se observa la desviación de un pie en 3 m de distancia)	
Marcada desviación	0
Desviación moderada o media o utiliza ayudas	1
Derecho sin utilizar ayudas	2
TRONCO	
Marcado balanceo o utiliza ayudas	0
No balanceo pero hay flexión de rodillas o espalda o extensión hacia afuera de los brazos	1
No balanceo ni flexión ni utiliza ayudas	2
POSTURA EN LA MARCHA	
Talones separados	0
Talones casi se tocan mientras camina	1
TOTAL MARCHA	12
TOTAL GENERAL	29

Otras Pruebas:

Diagnostico Fisioterapéutico: *Retraso psicomotor + espasticidad no control cefálico*

Plan de Tratamiento

Numero de Sesiones: *243 Miércoles Jueves*

Objetivos: *Eliminar la espasticidad por trabajo motor y sensorial.*

Tratamiento: *Sala blanca control postural Movilizaciones críter altoβer control cefálico, cedente etc.*

Observaciones: *No combaleísmo*

[Firma]
Realizado

[Firma]
Firma Representante

294

Fuente: Historia Clínica del Centro Inclusivo el Peral

DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMÍA SOLIDARIA

Exploración Neurológica - Física

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA I			
REFLEJOS	SENSIBILIDAD	LENGUAJE Y ORIENTACIÓN	OTROS

ESPASMO O CONTRACTURA MUSCULAR
SITIO

CICATRIZ QUIRURGICA				
SITIO	QUELOIDE	RETRACTIL	ABIERTA	CON ADHERENCIAS
HIPERTRÓFICA				

MARCHA					
LIBRE	CLAUDICANTE	CON AYUDAS	ESPÁSTICA	ATAJICA	OTRAS

TRASLADOS				
VAL. INICIAL	INDEPENDIENTE	EN SILLA DE RUEDAS	CON AYUDAS	CAMILLA
VAL. FINAL	INDEPENDIENTE	EN SILLA DE RUEDAS	CON AYUDAS	CAMILLA

EXPLORACION NEUROLÓGICA III (Valoración del tono)	
Para la espasticidad, usamos la Escala modificada de Ashworth.	
0	Tono normal. No incremento del tono muscular
1	Ligero incremento de tono, detectable al final del recorrido articular
1+	Ligero incremento de tono, detectable en menos de la mitad del recorrido articular
2	Notable aumento del tono, detectable en casi todo el recorrido articular
3	Considerable aumento del tono, la movilización pasiva es difícil
4	Extremidades rígidas, en flexión o extensión
Instrucciones: marque con X según valor observado	

Escala de calificación hipotonía Susan Campbell	
3 Hipotonía Severa	Activo: Inhabilidad para resistir a la gravedad. Falta de contracción de las articulaciones proximales para la estabilidad y aparente debilidad. Pasivo: Ninguna resistencia al mov. impuesto por el examinador, completo o excesivo rango de movimiento, hiperlaxitud.
2 Hipotonía Moderada	Activo: Disminución de tono principalmente en músculos axiales y proximales, interfiere con la cantidad de tiempo en la que mantiene una postura. Pasivo: Muy poca resistencia al mov. impuesto. Se encuentra menos resistencia en el mov. alrededor de las articulaciones proximales; hiperlaxitud en rodillas y tobillos en la toma de postura.
1 Hipotonía Leve	Activo: Interfiere con las contracciones de la musculatura axial, retraso en el inicio de mov. contra gravedad. Reduce velocidad de ajuste a cambios posturales. Pasivo: Arco de resistencia a los cambios articulares. Completo rango de mov. Pasivo. Hiperlaxitud limitada a manos, tobillos y pies.
0 Normal	Activo: Ajuste inmediato y rápido de postura durante el mov., habilidad para usar los músculos en patrones sinérgicos recíprocos para la estabilidad y movilidad dependiendo de la tarea. Pasivo: Resistencia al mov., momentáneamente se mantiene una nueva postura cuando se le indica. Puede rápidamente seguir cambios de mov. impuestos por el examinador
Instrucciones: marque con X según valor observado	

Expiración Física

Cabeza: Traumatismo Cervical Hombros: no muy control Tronco: instable

Cadera: _____ Rodillas: _____ Pie: _____

Control Postural: Presenta espasticidad movimientos explosivos sin control

Fuente: Historia Clínica del Centro Inclusivo el Peral

Anexo 6. Escala de Evaluación del desarrollo Psicomotor: 0 a 2 años

Escala de Evaluación del Desarrollo
Psicomotor: 0 a 2 años (Rodríguez, s., et al.)
Revisión 1976 - Santiago - Chile

Nombre del Niño _____
Fecha de nacimiento 9 DE NOVIEMBRE DEL 2019
Establecimiento CID EL PERAL

FECHA EVALUACIONES

1	2	3
---	---	---

EDAD	ITEM	Ponderación	EVALUACIONES		
			1	2	3
1 MES	1. (S) Fija la mirada en el rostro del animador	8 pts	1	1	
	2. (L) Reacciona al sonido de la campanilla		1	1	
	3. (M) Aprieta el dedo índice del examinador		1	1	
	4. (C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 90°)		1	1	
	5. (M) Movimiento de cabeza en posición prona		1	1	
2 MESES	6. (S) Mímica en respuesta al rostro del examinador	8 pts	1	1	
	7. (LS) Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador		1	1	
	8. (CS) Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador		1	1	
	9. (M) Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posición sentada		1	1	
	10. (L) Vocaliza dos sonidos diferentes**		1	1	
3 MESES	11. (S) Sonríe en respuesta a la sonrisa de un examinador	8 pts	1	1	
	12. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla		1	1	
	13. (C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 180°)		1	1	
	14. (M) Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a posición sentada		0	1	
	15. (L) Vocalización prolongada **		1	1	
4 MESES	16. (C) La cabeza sigue la cuchara que desaparece	8 pts	1	1	
	17. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla		1	1	
	18. (M) En posición prona se levanta a sí mismo		0	0	
	19. (M) Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada		0	0	
	20. (LS) Ríe a carcajadas		1	1	

Fuente: Historia Clínica del Centro Inclusivo el Peral

EDAD	ITEM	Ponderación	EVALUACIONES:		
			1	2	3
CINCO MESES	21. (SL) Vuelve la cabeza hacia quien le habla	6 ctu	1	1	
	22. (C) Palpa el borde de la mesa		0	0	
	23. (C) Intenta prehensión de la argolla		0	0	
	24. (M) Empuja hasta lograr la posición sentada		0	0	
	25. (M) Se mantiene sentado con leve apoyo		0	0	
6 MESES	26. (M) Se mantiene sentado solo, momentáneamente	6 ctu	0	0	
	27. (C) Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída		0	0	
	28. (C) Coge la argolla		0	0	
	29. (C) Coge el cubo		0	0	
	30. (LS) Vocaliza cuando se le habla **		1	1	
7 MESES	31. (M) Se mantiene sentado solo por 30 seg. o más	6 ctu	0	0	
	32. (C) Intenta agarrar la pastilla		0	0	
	33. (L) Escucha selectivamente palabras familiares		1	1	
	34. (S) Cooperar en los juegos		0	0	
	35. (C) Coge dos cubos, uno en cada mano		0	0	
8 MESES	36. (M) Se sienta solo y se mantiene erguido	6 ctu	0	0	
	37. (M) Empuja hasta lograr la posición de pie		0	0	
	38. (M) Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos		0	0	
	39. (C) Coge la pastilla con movimiento de rastrillo		0	0	
	40. (L) Dice da-da o equivalente		1	1	
9 MESES	41. (M) Se pone de pie con apoyo	6 ctu	0	0	
	42. (M) Realiza movimientos que semejen pasos, sostenido bajo los brazos		0	0	
	43. (C) Coge la pastilla con participación del pulgar		0	0	
	44. (C) Encuentra el cubo bajo el pañal		0	0	
	45. (LS) Reacciona a los requerimientos verbales		0	0	

Fuente: Historia Clínica del Centro Inclusivo el Peral

EDAD	ITEM	Ponderación	EVALUACIONES:		
			1	2	3
10 MESES	46. (C) Coge la pastilla con pulgar e índice	6 cu	0	0	
	47. (S) Imita gestos simples		1	1	
	48. (C) Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros		0	0	
	49. (C) Combina cubos en la línea media		0	0	
	50. (SL) Reacciona al "no, no"		1	1	
15 MESES	56. (M) Camina solo	6 cu			
	57. (C) Introduce la pastilla en la botella				
	58. (C) Espontáneamente garabatea				
	59. (C) Coge el tercer cubo conservando los dos primeros				
	60. (L) Dice al menos tres palabras **				
21 MESES	66. (L) Nombra un objeto de los cuatro presentado	6 cu			
	67. (L) Imita tres palabras en el momento del examen				
	68. (C) Construye una torre con tres cubos				
	69. (L) Dice al menos seis palabras **				
	70. (LS) Usa palabras para comunicar deseos				
24 MESES	71. (M) Se para en un pie con ayuda	6 cu			
	72. (L) Nombra dos objetivos de los cuatro presentados				
	73. (S) Ayuda en tareas simples **				
	74. (L) Apunta 4 o más partes en el cuerpo de la muñeca				
	75. (C) Construye una torre con cinco cubos				

Fuente: Historia Clínica del Centro Inclusivo el Peral

Anexo 7. Historia clínica del HPDA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellidos paterno		Apellidos materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo
						05	12	2015	11
						05	12	2015	M
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domiciliaria		N° Telefónico	
/	/		10	01	63				
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 N°	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito / Área		
HSP	14237	CS Quinapinda	A	1801		
Refiere o Deriva a:		Fecha				
HSP	HPDA	CLF	Neuropediatría	16	2017	
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutive 1 Saturación de capacidad instalada 4
Ausencia temporal del profesional 2 Otros / Especifique: 5
Falta de profesional 3

3. Resumen del cuadro clínico

Pacien con antecedentes de prematuridad, al momento nuesta
releida de desarrollo psicomotor
Peso: 9kg talla: 65cm PC: 40cm

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico			CIE-10	PRE	DEF
1	Trastorno de desarrollo psicomotor		F89	<input checked="" type="checkbox"/>	
2					

Nombre del Profesional: Dilvino Sautino Código MSP: 233760H240 Firma: [Firma]

III. CONTRAREFERENCIA: 3 **REFERENCIA INVERSA:** 4

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Hist. Clínica N°	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del Servicio	
HSP		HPDA	HG	CE	Neuropediatría	
Contrarefiere o Referencia inversa a:		Fecha				
HSP	HP CS Quinapinda	A	1801	22	06 2017	
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito / Área	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

HC: Control comunitario.
CD: hasta ahora que no se ve cambios, no habla, se sostiene objetos, no responde
a los estímulos visuales y auditivos. APP: desarrollo 2 años, control comunitario.

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Dinamizada de CMV a los 6 meses de edad.
Lectura de hoja de resultados global, pronóstico extenso, mejor calidad

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad			CIE-10	PRE	DEF
1	Falta de desarrollo psicomotor		G302		<input checked="" type="checkbox"/>
2	Epilepsia		G409		<input checked="" type="checkbox"/>

Nombre del Profesional especialista: [Firma] Código MSP: [Firma] Firma: [Firma]

Dra. Rosa Altamirano V.
NEURÓLOGA - PEDIATRA
INH 18-08-183
MSP L.T.F.1 N° 3

MSP/DNEAIS/form. 053/ene/2014

7. Referencia Justificada

Fuente: Historia clínica del HPDA



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento	Sexo
[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		09/12/2015	+
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte	Lugar de residencia actual	Dirección Domiciliaria		N° Telefónico	
1	Ecuador	[Redacted]	[Redacted]	Cumbayacu			
1=Ecu / 2=Ext.		Provincia	Cantón	Parroquia			

II. REFERENCIA: DERIVACIÓN:

1. Datos Institucionales		Entidad del sistema		Hist. Clínica No.	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Área	
[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	[Redacted]		[Redacted]	[Redacted]	
Refiere o Deriva a:		[Redacted]		Fecha		[Redacted]		[Redacted]	
Entidad del sistema		Establecimiento de salud		Servicio		Especialidad		Día Mes Año	
[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	
2. Motivo de la Referencia o Derivación:		limitada capacidad resolutoria		Ausencia temporal del profesional		Falta de profesional		Saturación de capacidad insta	
[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	
3. Resumen del cuadro clínico		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	
4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	
5. Diagnóstico		[Redacted]		CIE-10		PRE		DEP	
[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	
Nombre del Profesional:		Código MSP:		Firma:		[Redacted]		[Redacted]	

III. CONTRAREFERENCIA: 3 REFERENCIA INVERSA: 4

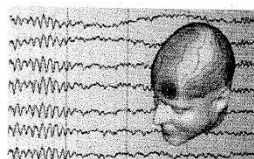
1. Datos Institucionales		Entidad del sistema		Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Servicio		Especialidad del servicio	
[Redacted]		MSP		[Redacted]	HPDA		[Redacted]	MSP Hospitalar		Perinata	
Contrareferente o Referencia inversa a:		[Redacted]		Fecha		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	
Entidad del sistema		Establecimiento de Salud		Tipo		Distrito/Área		día		mes año	
[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	
2. Resumen del cuadro clínico		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	
3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnóstico		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	
4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	
5. Diagnósticos de la Contrareferencia o Referencia Inversa		[Redacted]		CIE-10		PRE		DEP		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	
6. Tratamiento de recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	
Nombre del profesional especialista:		Código MSP:		Firma:		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	

MSP/DNEAI/ Form. 053 / ENE-2014

7. Referencia Justificada	1
Describir código	

Fuente: Historia clínica del HPDA

Anexo 8. Reporte de EEG



Dra. ROSA ALTAMIRANO
NEURÓLOGA PEDIATRA

Mera 574 y Cevallos - Edificio Mutualista Ambato Cons. 303

Tel: (03) 2825070 - E-mail: rosyaltamirano@yahoo.es

Ambato - Ecuador

Paciente:		ID:	
Fecha de Nac:	09-Nov-15	Edad:	20 months
Sexo:	Female	Talla:	77 cm
Peso:	8.5 kgs	BMI:	14.34
Médico:	Dra. Rosa Amalia Altamirano V.	Técnica:	Julieta De la Cruz
Médico Ref:	H.P.D.A		
Fecha de Grabación:	15-Jul-17	Tiempo:	9:47:50 AM
Duración (min):	21.5	Fecha de Reporte:	15-Jul-17

REPORTE EEG

Técnica del EEG: Se realizó electroencefalograma digital utilizando el sistema internacional 10/20 con aplicación de electrodos de copa en cuero cabelludo, con equipo marca Cadwell, modelo Easy III de 32 canales.

Historia Clínica: PCI valorar actividad cerebral ,movimientos tipo susto frecuentes durante el sueño.

Medicación: ninguna

Descripción: EEG realizado con la paciente en sueño inducido con hidrato de cloral. EEG con desorganización basal lenta difusa, frecuentes y rudimentarios husos del sueño y ondas del vértice fisiológicos, paroxismos de ondas agudas en la región fronto temporal derecha.

Fotoestimulación No se modifica el trazado.

Impresión Clínica: EEG con actividad paroxística. Sin patrón Hipsarrítmico.

Dra. Rosa Altamirano V.
MSP. L1F1N3
Reg. CMT 262.

Fuente: Historia clínica del HPDA



Fuente: Historia clínica del HPDA

Anexo 9. Certificado de discapacidad



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

No. CERTIFICADO: MSP-341208

IDENTIFICACIÓN: [REDACTED]

APELLIDOS: [REDACTED]

NOMBRES: [REDACTED]

FECHA DE CALIFICACIÓN: 05/02/2018 09:09:35

DISCAPACIDAD		
TIPO	PORCENTAJE	NIVEL
FÍSICA	35 %	MODERADO

DIAGNÓSTICO	
CIE10	[G409] - EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO

PERÍODO DE ADQUISICIÓN
DURANTE EL PARTO - PREMATURIDAD

EMITIDO POR:


Dra. Mireya Miranda
MÉDICO CIRUJANO
MSPL17F64N190
INH1708073
MIREYA KATALINA MIRANDA COLLAGUAZO
CI No. 1708963952



Anexo 10. Certificado emitido por el HPDA



Ambato, 24 de Octubre..... de 2017

CERTIFICADO

Certifico que el Sr/a [REDACTED].....con
número de H.CL. [REDACTED] y con C.I. [REDACTED]....., ha sido atendido/a
en esta Casa de Salud en el Servicio de Hospitalización...pediatría con un
diagnóstico de Síndrome de West...Parálisis cerebral infantil.....
mismo que ingresa el 18 de Octubre..... de 2017 y sale con el alta el
24 de Octubre..... de 2017, por lo que requiere reposo desde el
..... al de de 2017.

(.....)

Atentamente,

Md. Yomaira Galarraga
MÉDICA
1804246300

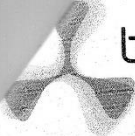
Dr.

MSPL F: N:

Av. Pasteur y Unidad Nacional – Cashapamba
Teléfonos: 593 (03) 2824309 – 2425782 - 2641858

Fuente: Historia clínica del HPDA

Anexo 11. Informe de TAC simple de cráneo

 **bioimagenes**
Una mirada interior puede salvarle la vida...

Tomografía 3D - Ecografía 3D 4D - Mamografía Digital
Densitometría Ósea (Osteoporosis) - Panorámica Dental
Cefalometría - Rayos X - Intervencionismo dirigido por
Ecografía y TAC - Punciones de Tíroides - Mama y Partes
blandas - Laboratorio Clínico - Patología y Citología...

PACIENTE: [REDACTED]

MÉDICO: Sr. Dr. Patricio Reina.

ESTUDIO: TAC simple de cráneo.

FECHA: Ambato, jueves 04 de agosto de 2016

Se realizan cortes tomográficos axiales simples de 5mm de espesor paralelos a la línea orbitomeatal, observando:

Sistema ventricular central, simétrico de tamaño normal.

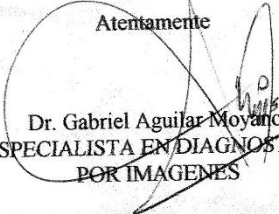
Ensanchamiento de la cisternas peritroncales, silvianas y de los surcos corticales cerebrales, hallazgos en relación con cambios atróficos.

Densidad normal en el parénquima encefálico supra e infratentorial.

CONCLUSIÓN:

1. Signos de atrofia cortical.


Atentamente


Dr. Gabriel Aguilar Moyano
ESPECIALISTA EN DIAGNOSTICO
POR IMAGENES

787
389

Fuente: Historia Clínica del Centro Inclusivo el Peral





Anexo 12. Informe de resonancia magnética simple de cráneo + difusión



bioimágenes
Una mirada interior puede salvarle la vida...

Resonancia Magnética • Espectroresonancia de Cráneo +
Tractografía • Angioresonancia • Uroresonancia • Enteroresonancia
Tomografía 3D • Tórax, Abdomen, Pelvis, Angiotomografía Cerebral
y Miembros Inferiores
Ecografía 3D 4D 5D • Ecografía Abdominal, Prostática, Renal, Mamaña
Mamografía Digital
Densitometría Ósea • Cuello total • Columna Lumbar • Antebrazo
Fémur • Columna • Morfometría
Rayos X • Laboratorio Clínico • Patología y Citología • Prueba
de paternidad (ADN) • Drenaje de Absesos y Colecciones
Biopsias y Funciones dirigidas por Ecografía y Tomografía

ECOCARDIOGRAMA - ELECTROCARDIOGRAMA



PACIENTE: Niña. [REDACTED]

MÉDICO: Sr. Dr. Luis Hernández

ESTUDIO: Resonancia Magnética Simple de Cráneo + Difusión.

FECHA: Ambato, sábado, 26 de octubre de 2019.

TECNICA:

Se realiza estudio de resonancia magnética de cráneo en secuencias transversales, coronales y sagitales potenciadas en T1, T2 y Flair, Difusión y mapeo ADC, observando:

HALLAZGOS:

Prominencia de surcos de la convexidad y valles silvianos, leve prominencia del sistema ventricular supratentorial, adelgazamiento del cuerpo caloso, en relación con disminución de volumen de sustancia blanca en forma generalizada. Discreta hiperintensidad difusa en sustancia blanca periatrinal bilateral en secuencias sensibles a líquido, en relación con gliosis. Focos de gliosis en cabeza de núcleos caudados, tálamos, hipocampos. Gliosis difusa en el aspecto posterior de putamen bilateral en secuencia FLAIR. Adelgazamiento e hiperintensidad de del tracto córtico espinal en el brazo posterior de la cápsula interna de predominio izquierdo. Gliosis difusa en sustancia blanca periventricular en cerebelo con prominencia del 4° ventrículo.

Adelgazamiento cortical en circunvoluciones pre y post centrales bilateralmente, más evidente en secuencia T2 axial

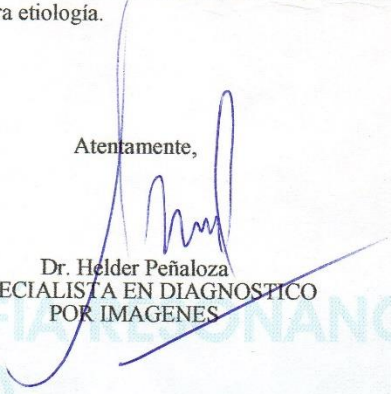
En secuencias de difusión no hay restricciones agudas.

Cisternas de la base amplias.




CONCLUSION:

Hallazgos sugestivos de secuelas de lesión hipóxico-isquémica neonatal, a correlacionar con cuadro clínico, sin descartar otra etiología.


Atentamente,



Dr. Helder Peñaloza
ESPECIALISTA EN DIAGNOSTICO
POR IMAGENES



EMERGENCIAS
0999989432 www.bioimageneslab.com



Biomedicity
Centro de Diagnóstico Médico

Castillo y Cuenca (Edif.: Bioimágenes) (03) 2 822427 0997455679 bioimageneslab@gmail.com

Fuente: Historia Clínica del Centro Inclusivo el Peral

Anexo 13. Informe de RX miembro inferior




RX CRÁNEO

- Cráneo 2 posiciones
- Cráneo 3 posiciones
- Huesos propios de la nariz
- Macizo facial
- Senos paranasales
- Cavum faríngeo

RX COLUMNA

- Columna Cervical AP - Lateral
- Columna cervical funcional
- Columna lumbar AP - Lateral
- Columna dorsal AP - Lateral
- Sacro-coxis AP - Lateral

RX TÓRAX / ABDOMEN

- Tórax estándar
- Tórax 2 posiciones
- Teleradiografía
- Tórax óseo
- Clavícula
- Abdomen 2 posiciones

RX MIEMBRO SUPERIOR

- Antebrazo AP - Lateral
- Brazo AP - Lateral
- Codo AP - Lateral
- Hombro AP
- Hombro axial
- Muñeca AP - Lateral
- Mano edad ósea
- Mano AP - Oblicua
- Dedo AP - Oblicua
- Dedo funcional

RX MIEMBRO INFERIOR

- Fémur AP - Lateral
- Pelvis
- Cadera niño y axial de cadera derecha e izquierda
- Escanograma
- Pierna AP - Lateral
- Rodilla AP - Lateral
- Rodilla AP - Lateral- axial
- Pie AP y lateral
- Tobillo AP - Lateral- oblicua
- Tobillo AP - Lateral
- Calcáneo

RX ESPECIALES

- Esofagograma
- Tránsito gastrointestinal
- Fistulografía
- Uretrocistografía
- Cistografía retrógrada
- Colon por enema baritado
- Histerosalpingografía
- Colangiografía transkath
- Dacriocistograma
- Sialografía
- Pielouretrocistografía
- Urograma excretor

OTROS:

DATOS CLÍNICOS: *Displasia de caderas neurológicas*



DR. PAUL ESPÍN T.
1804044145
MÉDICO REFERENTE



Castillo y Cuenca (Edif.: Bioimagenes)

(03) 2 822427 0997455679

bioimageneslab@gmail.com

www.bioimageneslab.com



EMERGENCIAS
0999989432

Fuente: Historia Clínica del Centro Inclusivo el Peral



Fuente: Historia Clínica del Centro Inclusivo el Peral

Anexo 14. Evidencias

Recolección de datos y análisis de evaluación

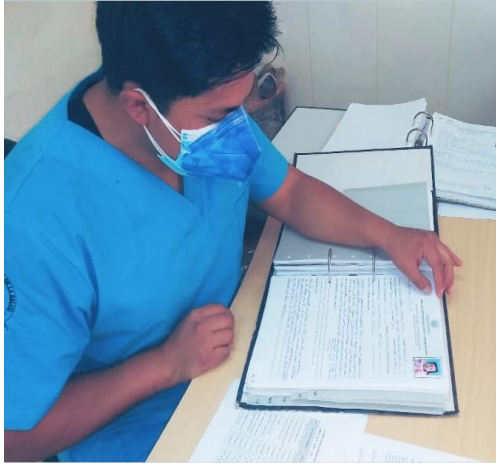


Figura 1. Recolección de datos



Figura 2. Análisis de aplicación de EEDP

Aplicación del Método Padovan

Fase I: Adaptación



Figura 3. Desplazamiento

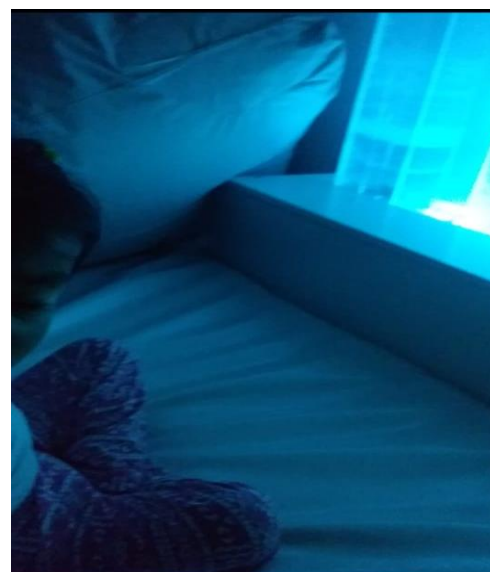


Figura 4. Adaptación a sala blanca

Fase II. Aplicación



Figura 5. Patrón homolateral



Figura 6. Patrón cruzado



Figura 7. Ejercicios en manos



Figura 8. Línea Media



Figura 9. Patrón Homolateral-giro de cabeza



Figura 10. Ejercicio en ojos



Figura 11. Patrón Homolateral-giro de cabeza
Seguimiento – fijación visual



Figura 12. Ejercicio homolateral en sedente
mediante texturas para relajación muscular



Figura 13. Posición cuatro puntos



Figura 14. Control Cefálico



Figura 15. Control cefálico