



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA OCUPACIONAL

ANÁLISIS DE ESTUDIO DE CASO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
TERAPIA OCUPACIONAL

TEMA:
INTERVENCIÓN TEMPRANA EN MOTRICIDAD GRUESA EN UN
PACIENTE CON RETRASO PSICOMOTOR

AUTORA:
GIRALDO PALACIOS CINTHYA GEMA

TUTORA:
LCDA. FÁTIMA GARCÍA REVELO, MG.

MANTA – MANABÍ – ECUADOR
2017 – 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutor/a del Análisis de Caso sobre el tema: **“INTERVENCIÓN TEMPRANA EN MOTRICIDAD GRUESA EN UN PACIENTE CON RETRASO PSICOMOTOR”**, presentado por **GIRALDO PALACIOS CINTHYA GEMA**, de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí”, considero que dicho informe de investigación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la revisión y evaluación respectiva por parte del Tribunal de Grado, que el Honorable Consejo Superior designe.

Manta, Octubre 2017

TUTOR/A:

Lcda. Fátima García Revelo, Mg.

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso, sobre el tema **“INTERVENCIÓN TEMPRANA EN MOTRICIDAD GRUESA EN UN PACIENTE CON RETRASO PSICOMOTOR”** de **GIRALDO PALACIOS CINTHYA GEMA**, para la Licenciatura en Terapia Ocupacional.

Manta, Octubre 2017

.....
Lcda. Mercy Sancàn Moreira. Mg.
TRIBUNAL

.....
CALIFICACIÓN

.....
Lcda. Xiomara Caycedo Casas. Mg.
TRIBUNAL

.....
CALIFICACIÓN

.....
Lcdo. Luis Loor Mera. Mg.
TRIBUNAL

.....
CALIFICACIÓN

.....
SECRETARIA

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, **GIRALDO PALACIOS CINTHYA GEMA** portadora de la cédula de identidad N° 131553633-2, declaro que los resultados obtenidos en el Análisis de Caso titulado **“INTERVENCIÓN TEMPRANA EN MOTRICIDAD GRUESA EN UN PACIENTE CON RETRASO PSICOMOTOR”** que presento como informe final, previo a la obtención del Título de **LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL** son absolutamente originales, auténticos y personales.

Por tal declaro que el contenido, ideas, criterio y los respectivos marcos legales y académicos que se plantean en el respectivo Análisis de Caso son y serán de mi autoría, responsabilidad legal y académica.

Manta, Octubre 2017

AUTORA

Giraldo Palacios Cinthya Gema

AGRADECIMIENTO

Mi más profundo agradecimiento a todos y cada uno de los pilares que han sido parte fundamental en mi vida y a lo largo de esta hermosa travesía en mi instrucción al camino profesional, en primer lugar, a Dios por sus infinitas bendiciones para conmigo.

A mis padres Gregorio Giraldo Ganchozo y Alexandra Palacios Intriago, que con sacrificio y dedicación me apoyaron cada día hacia este hermoso sendero.

A mis hermanos, sobrinas (os), mis mejores amigas Katty y Sandy, a mis compañeras y compañeros quienes siempre estuvieron allí en situaciones difíciles dándome su apoyo y comprensión incondicional

A quienes emprendieron este desafío desde el principio conmigo, pero por varias situaciones no pudieron continuar, pero desde la distancia siempre me brindaron su ayuda y de quienes me llevo un gran recuerdo y aprendí mucho.

A la Universidad Laica "Eloy Alfaro de Manabí", a la Carrera de Terapia Ocupacional por darme la oportunidad de ser parte de este maravilloso mundo donde va más allá del aprendizaje, donde podemos transformar la vida de una persona en algo maravilloso mediante la ocupación, y a los docentes de la carrera por prepararnos para enfrentarnos a los obstáculos y retos que se presentan en la vida profesional, muchas gracias por cada consejo, más que docentes fueron amigos.

Giraldo Palacios Cinthya Gema

DEDICATORIA

El presente trabajo quiero dedicarlo a Dios, por darme perseverancia, ánimos, bendiciones, sabiduría y el esfuerzo que conlleva dedicarle tiempo y dedicación a estudiar esta carrera, por iluminar cada paso de este largo, pero hermoso camino.

A mis padres, pero de manera muy grata y especial a mi madre Humberta Alexandra Palacios Intriago ya que sin ella este trabajo no hubiera sido posible y porque fue quien día a día me supo orientarme en el camino correcto con sus consejos, me vio llorar y desesperarme cuando sentía que ya no podía más o sentía que esta profesión no era lo mío, allí estuvo ella para hacerme entender que el que persevera alcanza.

A mis hermanas por cada momento inculcar en mí el sentido de no rendirme y que tengo las capacidades para lograr lo que me proponga en la vida; a mis sobrinas quienes de una u otra manera me ayudaron sea en un trabajo académico o simplemente haciéndome la situación un poco más factible con una sonrisa por parte de ellas y tener palabras de aliento para conmigo en los momentos de tristezas.

Dedico este trabajo además a mis amigos, quienes estuvieron conmigo en momentos muy difíciles cuando los demás no lo hicieron, pero también en los buenos.

A mi primo que esta con Dios porque en momentos en los que la vida me decía no yo miraba al cielo y le decía a él todo lo que me sucedía y encontré siempre paz y tranquilidad.

A una persona muy especial que me enseñó a mirar la vida desde otra perspectiva y a entender que no hay obstáculo más grande que el que no se lucha hasta el final y aunque ahora este lejos se siente muy orgulloso de mí, a todos y cada uno de ellos eternamente gracias.

Giraldo Palacios Cinthya Gema

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	iii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
ÍNDICE	vii - viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT.....	x
1. JUSTIFICACIÓN	1-4
2. INFORME DEL CASO	5
2.1. DEFINICIÓN DEL CASO	5
2.1.1. Presentación de Caso	5-6
2.1.2. Ámbitos de estudio	6
2.1.3. Actores Implicados.....	6
2.1.4. Identificación del problema	6-7
2.2. METODOLOGÍA	7-8
2.2.1. Lista de Preguntas.....	8
2.2.2. Fuentes de información	8
2.2.3. Técnicas para la recolección de la información	9
2.2.4. Instrumento.....	9
2.3. DIAGNÓSTICO	9-10-11
2.3.1. Levanta la cabeza en prona.....	11
2.3.2. Levanta la cabeza y pecho en prona	11
2.3.3. Se voltea de un lado a otro	11
2.3.4. Control de cabeza sentado	11
2.3.5. Se sostiene sentado con ayuda.....	11
2.3.6. Intenta sentarse solo	11
2.3.7. Se sienta por si solo	12
2.3.8. Patea vigorosamente.....	12
2.3.9. Se arrastra en posición prona.....	12
2.3.10. Gatea bien.....	12
2.3.11. Se agarra y sostiene de pie.....	12
2.3.12. Se para solo.....	12

2.3.13. Da pasitos solo.....	12
3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	13
3.1. Denominación de la propuesta	13
3.2. Objetivos de la propuesta	13
3.2.1. Objetivo General	13
3.2.2. Objetivos específicos.....	13
3.3. Fundamentación de la propuesta.....	13-14
3.4. Planteamiento de la propuesta.....	14
3.4.1. Actividades y tareas.....	14-19
3.4.2. Evaluación de resultados e impactos	20
4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	21-23
ANEXOS	24

RESUMEN

El retraso psicomotor es consecuencia de procesos metabólicos, genéticos o bien de afecciones relacionadas con el parto. La presente investigación es un estudio de análisis de un caso con enfoque cualitativo, y su diseño metodológico de campo, la cual se llevó a cabo en la ciudad de Portoviejo-Manabí-Ecuador, con la participación directa de un paciente de género femenino, de un año tres meses de edad, con diagnóstico de retraso psicomotor, en el que se valoró la motricidad gruesa mediante la Escala abreviada de desarrollo y se valoró el nivel de dependencia o independencia según las capacidades que presento. En el paciente con retraso psicomotor se intervino tempranamente mediante actividades basadas a la motricidad gruesa. El objetivo de este trabajo investigativo es fortalecer las destrezas motoras gruesas en el paciente con retraso psicomotor. Se logro en el paciente la mayor independencia en gran parte de las habilidades motoras gruesas.

Palabras claves: Intervención temprana, motricidad gruesa, retraso psicomotor.

ABSTRACT

Psychomotor retardation is a consequence of metabolic or genetic processes or of conditions related to childbirth. The present research is a case study with a qualitative approach, and its methodological field design, which was carried out in the city of Portoviejo, Province of Manabí in Ecuador with the direct participation of a female patient, with the age of fifteen months old, with a diagnosis of psychomotor retardation, in which the gross motor skills was assessed through the abbreviated scale of development and the level of dependence or independence was assessed according to the abilities that the patient showed. In the patient with psychomotor retardation, early intervention was performed by activities based on gross motor skills. The purpose of this investigative work is to strengthen the gross motor skills in the patient with psychomotor retardation. It was achieved in the patient greater independence in gross motor skills.

Key words: Early intervention, gross motor, Psychomotor retardation.

1. JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) El retraso del desarrollo se refiere a los niños que experimentan una variación significativa en el logro de los pasos esperados para su edad real o ajustada. El retraso del desarrollo es causado por complicaciones en el parto, falta de estímulo, desnutrición, problemas crónicos de salud y otros problemas orgánicos, situaciones psicológicas y familiares, y otros factores ambientales.

El retraso psicomotor es considerado como una alteración en el proceso normal de evolución en la motricidad y la capacidad intelectual de un niño, presentan una adquisición tardía de habilidades en los primeros meses de vida, aquello se puede evidenciar ya que no son capaces de realizar ciertas actividades de acuerdo al mes de desarrollo en el que se encuentren. Las causas pueden ser dadas de manera muy diferencial según los acontecimientos, ya sea por infecciones contraídas en el momento del nacimiento o complicaciones en el sistema nervioso central.

El retraso psicomotor en la Terapia Ocupacional se considera como parte importante para el abordaje terapéutico, porque se trabaja o se realiza no solo en un área, sino que existen diferentes áreas que pueden ser afectadas, siendo así el área (motora gruesa, fina, cognitiva, social y de lenguaje) basándose como punto referencial el área motora gruesa que implica una evaluación desde la región céfalo-caudal hasta la próximo-distal.

La motricidad gruesa es aquella en la que se manifiesta la habilidad del niño para dar movimiento a los músculos del cuerpo, para mantener el equilibrio, agilidad, fuerza y destreza en sus actividades. El desarrollo de esta área incluye el control de los músculos grandes del cuerpo como los de la cabeza, tronco, miembros superiores y miembros inferiores.

Los niños empiezan a desarrollar su motricidad gruesa desde que nacen, los primeros meses de vida son fundamentales para evidenciar los cambios que se presentan en su crecimiento, en el caso de un niño con retraso psicomotor se presenta gran déficit en sus

habilidades motrices gruesas, ya que se han afectado los grupos musculares de mayor tamaño.

Las habilidades motoras gruesas van combinadas de aquellos músculos largos con la manera coordinadora de realizar actividades que impliquen control de cabeza, control de tronco, sedestación, brazos, gateo, bipedestación, marcha. Son de gran importancia porque facilitan la realización de diversas actividades según la edad en la que se encuentre el niño, estas habilidades son la parte principal y fundamental en la vida de cualquier persona desde el momento en que nace, son necesarias para poder tener mayor movilidad en todos los ámbitos de desarrollo según sus etapas de crecimiento.

Que el niño pueda ser capaz de controlar su cuerpo, aumenta la capacidad de seguridad y autoestima, es necesario que exista una intervención temprana en el área motriz gruesa con mayor énfasis en los niños con retraso psicomotor ya que con esta área ayuda de manera fundamental al correcto desarrollo de la motricidad fina dado a que se complementa de manera específica, así como también para el desarrollo perceptual y visomotor. Con el fortalecimiento del área motriz gruesa en niños con retraso psicomotor se considera alcanzar la mayor independencia para mejorar su calidad de vida.

Los datos y cifras que reportan la (OMS, 2017) calcula que más de mil millones de personas, es decir, un 15% de la población mundial, están aquejadas por la discapacidad en alguna forma. Tienen dificultades importantes para funcionar entre 110 millones (2,2%) y 190 millones (3,8%) personas mayores de 15 años. Eso no es todo, pues las tasas de discapacidad están aumentando debido en parte al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas.

A nivel del Ecuador los datos y cifras estadísticas según el (MSP, 2014), se presentan un porcentaje generalizado de discapacidad física donde el total de números de registro se evidencia con un 48.94% y con certificaciones de 201.081. Según la revisión teórica, no se encontraron estudios que certifiquen la incidencia y prevalencia de pacientes con retraso psicomotor en el Ecuador y aunque es una realidad que se vive diariamente debido a que es un problema de salud pública es notable el déficit de datos con la frecuencia que debería estar establecida(...)La gran mayoría de la población no proporciona datos sobre un familiar que padezca retraso psicomotor debido a varios

factores como la cultura, la etnia, el entorno y la sociedad, a pesar de que el país está en proceso de inclusión.

En la provincia de Manabí, cantón Portoviejo de acuerdo a la recopilación proporcionada en la Fundación Social Cristo Rey en la sección de estimulación temprana manifiestan que por año se atienden aproximadamente entre 2 y 4 casos de niños con retraso psicomotor, mencionan que los pocos casos que llegan a la Fundación se los realiza con el debido trabajo terapéutico de excelencia dirigido por el personal debidamente capacitado dentro del área de rehabilitación – sección de estimulación temprana, por ello mientras más pronto reciban atención los resultados serán de mayor beneficio para el niño asegurando su mayor independencia.

En Ecuador teniendo como base de referencia la Constitución de la República del Ecuador (Asamblea Nacional, 2008) Donde la sección quinta basada en el bienestar de los “niñas, niños y adolescentes “se presenta el artículo 45, Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción. En el artículo 46, literal 3; la Atención será de manera preferencial para la plena integración social de las personas que tengan discapacidad. Dentro de este mismo marco legal el estado protege a las personas con discapacidad por tal en la sección sexta el artículo 47, literal 2; La rehabilitación integral y la asistencia serán de manera permanente, en las cuales incluirán las correspondientes ayudas técnicas.

En el Plan Nacional del Buen Vivir 2013 – 2017, Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (Senplades, 2013) se tomo en cuenta el objetivo 2: Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad Evitando así la exclusión y poder fomentar la convivencia social, queriendo lograr una vida digna con salud, y educación primordial. El objetivo 3: Proyecta mejorar la calidad de vida de la población. En este se proyecta el ejercicio pleno de los derechos del Buen Vivir; alimentación, educación, salud, y vivienda para el fortalecimiento individual y social.

El caso a tratar se lleva a cabo mediante la recolección necesaria que se obtuvo de las investigaciones y las evaluaciones planteadas, el cual facilitara un correcto

entendimiento acorde a las necesidades básicas de un niño con retraso psicomotor, planteándose una serie de actividades que ayudan al avance y a la mejor calidad de vida del niño para con su familia, la sociedad, el entorno y para él mismo.

La intervención temprana en la motricidad gruesa es de vital importancia porque es el área en la cual las evaluaciones pertinentes se basan para valorar y evaluar el déficit que presenta, según sus resultados se planteara las actividades acordes a su edad y a lo que se quiere lograr, intervenir de manera temprana en niños con retraso psicomotor en su área motriz gruesa para una mayor independencia.

Con esta investigación el beneficiario directo es el paciente en el cual se ha establecido las actividades de estimulación, basadas en ejercicios propios del área motriz gruesa para la fomentación de (cambios decúbito, equilibrio, gateo, sedestación, bipedestación), realizándose estas actividades en un periodo de 25 minutos 4 días a la semana en un lapso de 3 meses y los beneficiarios indirectos son los familiares del paciente ya que con la debida y oportuna intervención del terapeuta tendrán mayor factibilidad en sus vidas, debido a que el niño tendrá mayor independencia.

Este estudio es viable ya que se cuenta con el interés, conocimientos adquiridos y con los medios adecuados; además se tiene acceso directamente al paciente que interviene en este estudio, dado que el lugar de la investigación es la Fundación Social Cristo Rey de la ciudad de Portoviejo, el cual facilita todos los medios necesarios para la realización de la investigación.

Dada la relevancia e importancia del estudio de caso y en consideración con las necesidades básicas del problema se plantea como objetivo general: Fortalecer las habilidades motoras gruesas en el paciente con retraso psicomotor en condición a su estado actual para facilitar la mayor independencia a través de las actividades terapéuticas ocupacionales. Para que el objetivo general tenga viabilidad se sugieren los objetivos específicos: identificar las habilidades motoras gruesas del paciente con retraso psicomotor mediante la Escala Abreviada del Desarrollo, aplicar la técnica Bobath para el equilibrio del paciente con retraso psicomotor y a su cuidadora fomentar la participación entre paciente-terapeuta-familia.

2. INFORME DEL CASO

2.1. DEFINICIÓN DEL CASO

2.1.1. Presentación de Caso

El paciente sujeto del presente análisis de caso pertenece al género femenino, con 1 año 3 meses de edad, nació el 4 de octubre del 2015, su tipo de sangre es O+ y su peso al nacer fue de 2.500gr. El lugar de residencia habitual es la ciudadela Nuevo Paraíso vía a la tomatera cantón Portoviejo. El sistema familiar es disfuncional debido a la ausencia del padre en el hogar donde reside la niña con la madre, tía y sus abuelos, siendo su familia un apoyo constante en lo que necesita ya que el padre solo llega de visita cuando su trabajo se lo permite.

En el momento del interrogatorio mientras la mamá sostiene al paciente sobre sus brazos, la niña se encuentra un poco desorientada debido a que está conociendo por primera vez el área de rehabilitación, la madre refiere que el comportamiento de la niña se debe a que no le gustan las áreas médicas y su mecanismo de protección ante esta situación es el llanto causado por los nervios que se le presentan en el momento.

La madre refiere que durante la etapa del embarazo presento complicaciones tales como eclampsia y que en el momento del parto también se suscitaron complicaciones para que la niña naciera, esto a causa de presentar pelvis estrecha, por tal motivo la niña estuvo entre 20 a 25 minutos en canal de parto, por lo cual presento cuadro clínico de asfixia frontal (hipoxia) según exámenes realizados tiempo después en otro centro de atención médica, lo cual no fue evidenciado en la historia clínica entregada por el Hospital Verdi Cevallos Balda (Véase Anexo 3, Figura 1). En los antecedentes patológicos de la niña se encuentra a un familiar (prima de la abuela de la niña) que presenta discapacidad auditiva.

La madre refiere que después del nacimiento de la niña, meses después empezó a evidenciar que presentaba movimientos poco comunes (movimientos involuntarios), al año 2 meses decidió llevarla a consulta médica con un especialista en neurología, siendo remitida al Hospital Roberto Gilbert ubicado en la ciudad de Guayaquil, donde se le realizo una resonancia magnética (IRM Cráneo Simple); (Véase Anexo 3, Figura 2). La cual confirmo que si se presentó asfixia frontal en el momento del nacimiento.

El paciente presenta compromiso del área motriz gruesa (área específica hacer valorada), su control cefálico es inestable, es decir mantiene la cabeza erguida por unos segundos luego pierde el equilibrio. Tiene control parcial de los segmentos de los miembros superiores con disminución de la fuerza, mientras que en los miembros inferiores presenta debilidad en el tono muscular, los cambios decúbito se dan de manera inestable, debido a la debilidad del tono muscular se ve comprometido el gateo, no tiene control del equilibrio en posición de sedestación, en la bipedestación necesita ayuda debido a la debilidad que se presenta en sus miembros inferiores y por las deficiencias antes ya mencionadas.

2.1.2. Ámbitos de estudio

En el presente análisis de caso se interviene en el ámbito de la salud ocupacional, dado que se trata a un paciente que presenta retraso psicomotor. De acuerdo a la información recopilada a través del proceso realizado, los ámbitos de estudio a intervenir en el presente caso clínico con respecto a la motricidad gruesa son los siguientes: control cefálico, control de tronco, cambio decúbito, apoyo de antebrazo, sedestación, gateo, bipedestación, marcha. Todas estas características fueron proporcionadas mediante el proceso de valoración, que se obtuvo mediante la Escala Abreviada de Desarrollo (EAD-1).

2.1.3. Actores Implicados

Los actores implicados en el presente análisis son la paciente que es el sujeto de caso con diagnóstico de retraso psicomotor, la madre de la paciente quien proporciona la información necesaria para complementar el caso, el terapeuta en proceso junto con la guía correspondiente del profesional en el ámbito de la salud.

2.1.4. Identificación del problema

La paciente del presente análisis de caso fue atendida en el Hospital Roberto Gilbert donde se le realizó imagen de resonancia magnética (IRM) de cráneo simple y según imágenes de secuencia T1, T2, Flair, axiales, coronales y sagitales presenta cisternas basales, sistema ventricular y espacios subaracnoideos corticales un poco aumentados de tamaño, poca diferenciación de sustancia blanca y gris en regiones frontales basales

en secuencia T1. No se observan otras alteraciones en la señal de intensidad del parénquima cerebral. Según impresión diagnóstica se evidencia signos de retardo madurativo, ligero aumento del tamaño ventricular y de espacios subaracnoideos. (Véase Anexo 3, Figura 2).

Luego la madre regresó a la ciudad de Portoviejo que es su lugar de residencia, con la paciente a buscar un centro de rehabilitación para comenzar con la respectiva Intervención Temprana, cuyo centro es la Fundación Social Cristo Rey, dado a la sugerencia del médico que realizó la resonancia magnética y de la pediatra de cabecera de la niña, dicha intervención temprana comenzó a inicios del año 2017 a causa de que la madre de la paciente por motivos familiares no pudo llevar a la niña lo más pronto posible para comenzar con la estimulación temprana. La madre consta con un carnet entregado por la Fundación que certifica el inicio de las terapias (Véase Anexo 4, Figura 1).

Se decide realizar el presente análisis de caso de la paciente con retraso psicomotor debido a la información necesaria obtenida. Dado a la falta de funcionamiento del área motriz gruesa, que imposibilita en gran parte su independencia, depende de otras personas como la mamá para cumplir con las actividades acordes a su edad en esta área específica como es el control cefálico en gran parte, control de tronco, cambio decúbito, posición en cuatro puntos, etc.; lo que da motivo para llevar a cabo el presente estudio, para colaborar en la participación de la intervención temprana para mejorar su calidad de vida mediante una mayor independencia.

2.2. METODOLOGÍA

La investigación presente tiene un enfoque cualitativo. Taylor y Bogdan (1987), citados por Blasco y Pérez (2007:25-27) al referirse a la metodología cualitativa como un modo de encarar el mundo empírico, señalan que en su más amplio sentido es la investigación que produce datos descriptivos: las palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable.

El diseño metodológico que se utilizó en el presente estudio de caso es de campo ya que permite llevarse a cabo en un lugar específico el proceso de observación y valoración de un individuo o participante con las diferentes técnicas que sean utilizadas

por el evaluador (terapeuta), el estudio de campo se incluye dentro de su fundamentación el análisis o estudio de caso.

2.2.1. Lista de Preguntas

Se plantean las siguientes interrogantes en la presente investigación.

¿Qué destrezas presenta la paciente con retraso psicomotor en la motricidad gruesa?

¿Cómo contribuye la intervención temprana en la motricidad gruesa en un paciente que presenta retraso psicomotor?

¿Cómo se realizará la intervención temprana en la motricidad gruesa en un paciente con retraso psicomotor?

¿Cuál es la reacción del paciente frente a la intervención temprana en la motricidad gruesa?

¿Cuál es la guía personal que se le debe fomentar a la madre de la paciente sobre la estimulación de la motricidad gruesa?

2.2.2. Fuentes de información

La información obtenida para el presente análisis de caso se obtuvo en principios fundamentales de la madre de la paciente. También se recabo información por parte de los estudios radiológicos (resonancia magnética), siendo este de gran utilidad para el desarrollo del presente estudio. La información sobre los signos de retardo madurativo, sistema ventricular, espacios subaracnoideos, motricidad gruesa y retraso psicomotor fue encontrada de las diferentes fuentes mediante la búsqueda respectiva en la web de artículos reconocidos a nivel del mundo por autores certificados, se obtuvo también avances en el presente estudio con la participación personal del terapeuta en proceso valiéndose de los conocimientos recibidos en su instrucción universitaria durante el periodo de preparación académica, así como también de la guía de la terapeuta de la Fundación Social Cristo Rey.

2.2.3. Técnicas para la recolección de la información

Las técnicas de recolección de información que se emplearon en el presente análisis de caso fueron: La evaluación mediante la observación, la ficha de valoración y la intervención en el área motriz gruesa personalmente por la investigadora. Obtención de datos mediante el respectivo informe médico (resonancia magnética).

2.2.4. Instrumento

Autorización firmada por la madre de la paciente para el presente análisis de caso (Véase Anexo 1, Figura 1), el instrumento que se empleó para la respectiva valoración del paciente fue la escala abreviada de desarrollo, (Véase Anexo 5, Tabla III, Figura 1 y Tabla IV, Figura 2) para establecer los parámetros en el área motriz gruesa que se evidencia en la propuesta de intervención.

Este instrumento para la valoración de las capacidades motrices gruesas ha sido fundamentado para llevar a cabo su respectivo proceso. Ofrece un estudio adecuado sobre los patrones de desarrollo de los niños menores de cinco años. (Ortiz N, 1999).

2.3. DIAGNÓSTICO

El retraso madurativo neurológico representa la expresión de una amplia variedad de situaciones en las que se produce una alteración en el funcionamiento del sistema nervioso, al que afectan en la fase de su maduración, y en el momento de la agresión etiológica. Su duración y su intensidad se superponen a factores individuales preexistentes para determinar la gravedad del déficit y su extensión, tanto en los aspectos cognitivos, que pueden acompañarse de otras alteraciones, como en los motores, sensitivos y conductuales. (Campos Castelló J, 2013)

En la realidad del estudio de caso que se presenta, se evidencia gran relación del retraso psicomotor con el retraso madurativo dado que mediante estudios clínicos se detecta que existen complicaciones por lesiones de sistema ventricular y espacios subaracnoideos lo que se diagnostica como retraso madurativo, siendo así que en terapia ocupacional se conoce que si existe hipoxia al momento de nacer el diagnostico terapéutico dará como resultado mediante los datos de valoración respectivos un retraso

psicomotor en el paciente, comprometiendo principalmente el área motora gruesa o fina en este caso motora gruesa.

En terapia ocupacional el tratamiento aplicado a la intervención temprana, es importante ya que ha demostrado la efectividad en pacientes con retraso psicomotor, dado a los resultados obtenidos se evidencian logros alcanzados en este tipo de pacientes, fomentando el desarrollo normal de sus habilidades en las cuatro áreas específicas que evalúa un terapeuta ocupacional como son: motriz gruesa y fina, cognitiva, lenguaje y social. Según el nivel de compromiso, el criterio propio terapéutico y la valoración se intervienen por lo general en un área específica.

En el presente caso se analizan las siguientes variables:

Variable 1. Intervención temprana en motricidad gruesa

Intervención temprana se denomina al tratamiento que reciben los niños con necesidades especiales entre el nacimiento y los cinco años con la intención de prevenir, disminuir o eliminar problemas o deficiencias por medio de técnicas psicoterapéuticas. (Villanueva Suárez Susana, Atención Temprana).

En terapia ocupacional la intervención temprana es aquella que se realiza a todos los niños desde el momento que inician su estimulación, se basa en plantear un tratamiento acorde a las necesidades de cada infante, desde el proceso de valoración hasta la aplicación del plan de intervención para brindar al paciente mayor independencia.

Las actividades que se suscitan para la funcionabilidad de la motricidad gruesa en pacientes con retraso psicomotor son las que se fundamentan en el área específica a evaluar área motriz gruesa, las cuales son representativas de acuerdo a las destrezas de cada paciente.

Variable 2. Retraso psicomotor:

El retraso psicomotor es consecuencia de procesos hereditarios, metabólicos, genéticos o bien de afecciones relacionadas con el parto (anoxia fetal), por lo que rara vez se puede actuar sobre ellos quirúrgicamente. Solo los movimientos extrapiramidales las contracturas, distonías y el eretismo que con frecuencia acompañan a estos cuadros

pueden en ocasiones seleccionados ser tratados quirúrgicamente. (Izquierdo Rojo J.M. & Barbera Alacreu J, 1992).

En base a la Escala Abreviada de Desarrollo, aplicado al paciente objeto de estudio y a los resultados pertinentes se analizan a continuación las siguientes fundamentaciones: levanta la cabeza en prona, levanta la cabeza y pecho en prona, se voltea de un lado a otro, control de cabeza sentado, se sostiene sentado con ayuda, intenta sentarse solo, se sienta por si solo, patea vigorosamente, se arrastra en posición prona, gatea bien, se agarra y sostiene de pie, se para solo, da pasitos solo (marcha).

2.3.1. Levanta la cabeza en prona

Realiza la actividad estando en decúbito prono o en sedestación, por un periodo de solo segundos y luego deja caer la cabeza.

2.3.2. Levanta la cabeza y pecho en prona

El paciente levanta la cabeza por segundos, en decúbito prono no realiza la actividad de manera adecuada.

2.3.3. Se voltea de un lado a otro

El paciente realiza la actividad de manera independiente.

2.3.4. Control de cabeza sentado

El paciente tiene control parcial de sus movimientos de cabeza, es decir la cabeza cae evidentemente hacia un lado de su cuerpo después de unos segundos.

2.3.5. Se sostiene sentado con ayuda

El paciente puede estar sentado solo por algunos segundos con la ayuda del terapeuta, se apoya con sus propias manos y pierde el equilibrio al ser retirada la ayuda.

2.3.6. Intenta sentarse solo

El paciente intenta sentarse solo, pierde el equilibrio y cae nuevamente.

2.3.7. Se sienta por si solo

El paciente no realiza la actividad por si solo.

2.3.8. Patea vigorosamente

El paciente de este caso presenta compromiso parcial a nivel de los miembros inferiores, en este parámetro se evidencia comportamiento espontaneo al realizar los movimientos de pateo.

2.3.9. Se arrastra en posición prona

Realiza la actividad por un determinado tiempo y luego se queda en un solo lugar a la espera de que alguien cercano lo ayude para completar la actividad, por lo general suele ser la madre quien le facilita ayuda para que lleve a cabo la realización de la misma.

2.3.10. Gatea bien

No realiza la actividad debido a la falta de fuerza en sus miembros inferiores, lo que lo imposibilita al proceso normal de gateo.

2.3.11. Se agarra y sostiene de pie

Con ayuda ya sea de la madre o de algún objeto estable el paciente intenta estar en bipedestación.

2.3.12. Se para solo

El paciente no realiza la actividad, necesita ayuda ya sea de la cuidadora, terapeuta o cualquier persona que esté en su entorno.

2.3.13. Da pasitos solo

El paciente no realiza la actividad de acuerdo a los ítems antes ya evaluados, con ayuda de la terapeuta en proceso se estimulará para que esta actividad motriz gruesa tenga un avance favorable.

3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

3.1. Denominación de la propuesta

Plan de Terapia Ocupacional en un paciente con retraso psicomotor basado en la intervención temprana para favorecer la motricidad gruesa.

3.2. Objetivos de la propuesta

3.2.1. Objetivo General

- Desarrollar las habilidades motoras gruesas para el desplazamiento en el entorno logrando así la mayor independencia en sus actividades de la vida diaria.

3.2.2. Objetivos específicos

- Mejorar la sostenibilidad de la cabeza mediante ejercicios de flexión, extensión y rotación.
- Fortalecer el tronco mediante el balón de Bobath, aumentando su capacidad de independencia.
- Fortalecer las extremidades superiores e inferiores mediante diferentes texturas sensoriales.
- Desarrollar el equilibrio mediante el balanceo en el balón de Bobath, colocando un juguete delante de ella para que lo agarre.

3.3. Fundamentación de la propuesta.

La propuesta se planteó en la Fundación Social Cristo Rey, siendo desarrollada dentro del área de rehabilitación de dicha Fundación, ubicada en la ciudad de Portoviejo durante un periodo de 4 sesiones a la semana. El proceso tuvo una duración desde el mes de enero a marzo del 2017.

La estrategia que se aplicó para fundamentar dicho caso estuvo basada en el grado de destrezas del paciente en su área motriz gruesa, es decir en lo que podía o no realizar

según el índice de edad basado en la EAD-1, para luego intervenir con las actividades basadas en la motricidad gruesa para llegar al objetivo general planteado.

El planteamiento de esta propuesta se categoriza por estar enfocada en resolver las necesidades del paciente mediante la identificación de su respectiva área a tratar, no se presenta situaciones adversas y los resultados obtenidos se dan de forma progresiva, esta fundamentación resuelve el problema del caso planteado al aumentar las destrezas en la motricidad gruesa del paciente y lograr que dicho paciente sea capaz de realizar las actividades de acuerdo a su etapa en el desarrollo normal y mejorar su desenvolvimiento dentro del rango familiar y social, fomenta el autoestima en el paciente pero sobre todo en la cuidadora ya que existirá un mayor grado de independencia dado por el paciente.

3.4. Planteamiento de la propuesta

3.4.1. Actividades y tareas

Tabla I. Actividades vinculadas y tareas a desarrollar

Objetivos	Actividad vinculada	Tareas a desarrollar
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer los músculos del cuello por medio de la palpación favoreciendo el levantamiento de la cabeza en prona. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular los músculos del cuello en posición de sedestación. (Véase Anexo 6, Figura 1y2). 	<p>Palpación de los músculos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Trapecio ➤ Esplenio ➤ Dorsal Largo ➤ Semiespinoso ➤ Rectos Posteriores ➤ Oblicuo mayor de la cabeza. ➤ Esternocleidomastoideo. <p>Para la extensión de la cabeza.</p>

<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer los miembros superior e inferior mediante ciertos movimientos básicos del cuerpo para el levantamiento de la cabeza y pecho en prona. 	<ul style="list-style-type: none"> Estimular los miembros superiores en posición prona. Estimular los miembros inferiores en posición prona. (Véase Anexo 7, Figura 1 y 2). 	<ul style="list-style-type: none"> Flexión de miembro inferior (pierna derecha) en decúbito prono. Extensión de miembro inferior (pierna izquierda) en decúbito prono. Extensión de miembro superior izquierdo para el: Agarre de una bolsita color azul con cascabeles dentro de la misma bolsita.
<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la destreza de la paciente por medio de estímulos visuales para favorecer el volteo de un lado a otro. 	<ul style="list-style-type: none"> Realización de los cambios decúbito. (Véase Anexo 8, Figura 1). 	<ul style="list-style-type: none"> Colocar a la paciente en la colchoneta en decúbito prono. Alcance de un objeto (linterna). Colocar dos bolsitas de colores (anaranjada y azul) a un lado de la paciente para que las busques y realice el cambio decúbito.

<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer los músculos del cuello por medio de la palpación para favorecer el control de la cabeza sentada. 	<ul style="list-style-type: none"> Estimular los músculos del cuello en posición de sedestación. (Véase Anexo 9, Figura 1 y 2). 	<p>Palpación de los músculos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Oblicuo externo e interno Fascículo oblicuo superior del largo del cuello Esplenio Esternocleidomastoideo. <p>Para la rotación de la cabeza</p>
<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer miembro superior y tronco mediante estímulos sensoriales para sostenerse sentado con ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> Estimular miembros superiores. Estimular tronco. (Véase Anexo 10, Figura 1 y 2). 	<ul style="list-style-type: none"> Coloca las manos en la colchoneta para la sostenibilidad. Agarre de un objeto (bolsita con botones) Seguir la luz de la linterna.

<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer el tronco por medio de ejercicios de equilibrio para favorecer el intentar sentarse solo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular el tronco. (Véase Anexo 11, Figura 1,2 y 3). 	<ul style="list-style-type: none"> • Balanceo de derecha a izquierda (Balón Bobath). • Balanceo de atrás hacia adelante (Balón Bobath).
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la región lumbo-sacro mediante la palpación y ejercicios de equilibrio para favorecer el sentado por si solo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular la región lumbo-sacro. (Véase Anexo 12, Figura 1 y 2). 	<ul style="list-style-type: none"> • Palpación de abajo hacia arriba (región lumbo-sacro). • Proceso Rebote (Balón Bobath).
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer miembros inferiores mediante estímulo táctil favoreciendo el pateo vigoroso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades sensitivas. (Véase Anexo 13, Figura 1 y 2). 	<p>Texturas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pie de fomix con base de algodón. • Pie de fomix con base de lija.

<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la destreza por medio de la coordinación en los miembros inferiores favoreciendo el arrastre en posición prona. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular los miembros inferiores en posición prona. (Véase Anexo 14, Figura 1). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener las piernas extendidas. • Sostener y dejar avanzar hacia adelante.
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer miembros superior e inferior por medio de estímulos visuales para favorecer el gateo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular miembros superiores en posición prona. • Estimular miembros inferiores en posición al gateo. (Véase, Anexo 15, Figura 1). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener los brazos extendidos. • Alcance y Agarre de: • Bolsita anaranjada (botones dentro de la bolsita). • Bolsita azul (cascabeles dentro de la bolsita). • Mantener las piernas flexionadas. • Mover de manera intercalada las piernas hacia adelante.

<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer miembros inferiores por medio de objetos estables para favorecer el agarrarse y sostenerse en bipedestación. 	<ul style="list-style-type: none"> Estimular los miembros inferiores en posición a la bipedestación. (Véase Anexo 16, Figura 1 y 2). 	<ul style="list-style-type: none"> Agarrarse y Sostenerse en el balón Bobath con ayuda.
<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer miembros inferiores por medio de objetos estables para poder estar en bipedestación solo. 	<ul style="list-style-type: none"> Estimular los miembros inferiores. (Véase Anexo 17, Figura 1). 	<ul style="list-style-type: none"> Sostenerse en el balón Bobath. Balanceo de arriba hacia abajo con base de sustentación (colchoneta).
<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer miembros inferiores por medio del balanceo para favorecer el dar pasitos solo. 	<ul style="list-style-type: none"> Estimular los miembros inferiores. (Véase Anexo 18, Figura 1 y 2). 	<ul style="list-style-type: none"> Sostenerle ambas piernas en bipedestación. Sostenerla en bipedestación, balanceo de piernas y pies de manera intercalada con base de sustentación (colchoneta).

Fuente: Análisis de Caso del paciente con retraso psicomotor

Elaborado por: Autora del Análisis de Caso

3.4.2. Evaluación de resultados e impactos

Tabla II. Valoración del paciente mediante la escala abreviada de desarrollo

ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO		
PACIENTE	PRE-VALORACIÓN	MOTRICIDAD GRUESA POST-VALORACIÓN
Levanta la cabeza en prona.	Necesita ayuda	Independiente al momento de levantar la cabeza lo realiza sin ningún estímulo.
Levanta la cabeza y pecho en prona.	Dependiente	Independiente para la actividad de levantar la cabeza y pecho en prona.
Se voltea de un lado a otro.	Independiente	Los cambios decúbito los realiza de manera independiente.
Control de cabeza sentado.	Necesita ayuda	Controla de manera adecuada y estable la cabeza en posición de sedestación.
Se sostiene sentado con ayuda.	Dependiente	Tiene equilibrio y realiza la actividad de manera independiente.
Intenta sentarse solo.	Necesita ayuda	Se la coloca en la colchoneta y se sienta por si sola.
Se sienta por si solo.	Dependiente	Independiente.
Patea vigorosamente.	Necesita ayuda	Independiente para la realización del pateo vigoroso.
Se arrastra en posición prona.	Dependiente	Es independiente al manejo de la actividad logra avanzar en posición prona.
Gatea bien.	Dependiente	Necesita mínima ayuda para el movimiento del gateo, por lo que se cansa rápidamente al hacer la actividad.
Se agarra y sostiene de pie.	Dependiente	Realiza la actividad con mínima ayuda.
Se para solo.	Dependiente	Necesita ayuda para lograr la bipedestación.

Fuente: Análisis de Caso del paciente con retraso psicomotor

Elaborado por: Autora del Análisis de Caso.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

A. Iceta, M.E. Yoldi. (2002). Desarrollo psicomotor del niño y su valoración en atención primaria. /Psychomotor development of the child and its evaluation in primary Care. *ANALES Sis San Navarra*. 25 (Supl. 2), 35-43. Recuperado de http://uam.es/personal_pdi/psicologia/agonzale/Asun/2007/AT/Articulos/DsloP sicomValPrimaria.pdf

Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*.

BP. López. (2014). *Libro Terapia Ocupacional en la infancia*. Recuperado de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=c2PAnFdDcSgC&oi=fnd&pg=PR14&dq=que+es+la+terapia+ocupacional&ots=UsiHgsyqKc&sig=pRvkui-TbeloKFbuVIF5TtNbZOE#v=onepage&q=que%20es%20la%20terapia%20ocupacional&f=false>

Campos-Castelló J. (2013). Retraso madurativo neurológico. *Rev Neurol*, 57 (Supl 1), S211-9. Recuperado de http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/39025899/Retraso_madurativo.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1499709482&Signature=4FFx2hK846O7yeJAH3sBsgmhdQw%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DRetraso_madurativo.pdf

Clínica Universidad de Navarra. (2015). Recuperado de http://www.cun.es/es_EC/chequeos-salud/infancia/desarrollo-psicomotor

Correales, D. Las Habilidades Motoras Gruesas. *Escuela Para Padres*. Recuperado de <http://www.parentsincollege.co/wp-content/uploads/2015/06/Las-habilidades-motrices-gruesas.pdf>

Dettol. (2015). *Motricidad Gruesa*. Recuperado de <http://www.dettol.com.co/crecer-protegido/ni%C3%B1os-de-0-a-2-a%C3%B1os-1/motricidad-gruesa/>

- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. (2014). Recuperado de <http://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/retraso-psicomotor-causas-diagnostico-tratamiento>
- Flórez, J. & Troncoso, M. (dirs.). (1998). *Síndrome de Down y educación* Barcelona: Masson, pp. 71-80. Recuperado de <http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/pemde/lectura/at.pdf>
- Izquierdo, J. & Barbera, J. (1992). *Libro Lecciones de neurocirugía*. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=NcWBDhQH-SAC&pg=PA34&lpg=PA34&dq=retraso+psicomotor&source=bl&ots=k1AlvdR1X8&sig=UeWZ4HvNcfacXzLo1yHtKJML164&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=retraso%20psicomotor&f=false
- Narbona, J., & Schlumberger, É. (2008). *Asociación de Pediatría Española*. Recuperado de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21-retraso.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (1989). Recuperado de [https://www.unicef.org/ecuador/convencion\(5\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/convencion(5).pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (noviembre de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- Ortiz, N. (1999). Escala Abreviada del Desarrollo. *UNICEF Colombia EAD*. Recuperado de <https://docenciaeinvestigacionmanuel Sanchezserrano.files.wordpress.com/2014/08/escala-abreviada-de-desarrollo-unicef-colombia.pdf>
- Ruiz, M. (1998). *Libro Políticas Públicas en Salud y su impacto en el Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa, México*. Recuperado de http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/enfoque_cualitativo.html
- Secretaría Nacional De Planificación Y Desarrollo (Senplades). (mayo de 2013). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Recuperado de <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>

University of Illinois at Urbana-Champaign (2012-2017). *Motricidad Gruesa*.

Recuperado

de

<http://illinoisearlylearning.org/guidelines/domains/domain2/gross-motor-sp.htm>

<http://app.kiddyshouse.com/maestra/articulos/retraso-psicomotor.php>

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78590/1/9789243504063_spa.pdf?ua=1

<http://salud.ccm.net/faq/22895-retraso-psicomotor-definicion>

<https://www.moltex.es/wikimoltex/salud-y-bienestar/de-5-meses-a-1-ano/retraso-psicomotor-en-el-bebe-233>

ANEXOS

Anexo 1. Documentación de autorización para el inicio del proceso de Análisis de Estudio de Caso.

	<p>UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ <i>Creada ley N° 10 Reg.of.313 noviembre 13 de 1985</i> <i>Dirección: Ciudadela Universitaria- Vía San Mateo.</i> Facultad de Ciencias Médicas CARRERA TERAPIA OCUPACIONAL</p>	
 CONSENTIMIENTO INFORMADO 		
<p>Yo, ALEJANDRA MICHELLE MORA VÁSQUEZ con CI. 135003335-1 en calidad de REPRESENTANTE de la PACIENTE A TRATAR.</p>		
<p>He sido informada sobre el estudio de caso, he realizado las preguntas del mismo y comprendo que mi participación es voluntaria y que el investigador puede retirarse cuando desee sin que esto afecte el proceso de rehabilitación.</p>		
<p>Autorizo a GIRALDO PALACIOS CINTHYA GEMA, estudiante de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, la utilización de mis datos e imágenes de tratamiento como defensa y requerimiento del estudio de caso clínico con el tema INTERVENCIÓN TEMPRANA EN MOTRICIDAD GRUESA EN PACIENTE CON RETRASO PSICOMOTOR para la obtención del título profesional, sin ningún tipo de cargo legal.</p>		
 ----- Firma del representante	 ----- Firma del Investigador	

Figura 1. Consentimiento Informado

Anexo 2. Documentos personales

INFORME ESTADÍSTICO NACIDO VIVO					
					
FECHA DE CREACIÓN DEL REGISTRO: 06/10/2015 09:36:19 INSTITUCIÓN: HOSPITAL GENERAL VERDI CEVALLOS USUARIO: 1308960911					
DATOS DEL NACIDO VIVO					
NOMBRES: NN			APELLIDOS: MORA VASQUEZ		
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1352209256					
SEXO	TIPO DE PARTO	PRODUCTO DEL EMBARAZO		LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO	
MUJER	NORMAL	UNO		CÓDIGO: 001417 LUGAR: MINISTERIO DE SALUD	
TALLA (cm.)	FECHA NACIMIENTO	ASISTIDO POR		NOMBRE ESTABLEC.: HOSPITAL GENERAL VERDI CEVALLOS	
50	04/10/2015	MÉDICO/A		PROVINCIA: MANABI CANTÓN: PORTOVIEJO PARROQUIA: FRANCISCO CIUDAD/LOCALIDAD:	
PESO (gramos)	SEMANAS DE GESTACIÓN	APGAR		DIRECCIÓN: 12 DE MARZO Y ROCAFUERTE	
2500	39	7	10	TELÉFONO: 052630060	
DATOS DE LA MADRE					
NOMBRES Y APELLIDOS: MORA VASQUEZ ALEJANDRA MICHELLE			CÉDULA: 1350033351		
NACIONALIDAD: ECUATORIANA					
FECHA NACIMIENTO	EDAD DE LA MADRE	CONTROLES PRENATALES		No. DE PARTO	No. DE EMBARAZO
19/10/1995	19	6		1	1
¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE?	¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN	¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS?		RESIDENCIA HABITUAL DE LA	
1	0	0		PAÍS: ECUADOR PROVINCIA: MANABI CANTÓN: PORTOVIEJO PARROQUIA: 12 DE MARZO CIUDAD/LOCALIDAD	
AUTO IDENTIFICACIÓN ÉTNICA DE LA MADRE	ESTADO CIVIL y/o CONYUGAL	¿SABE LEER Y ESCRIBIR?		DIRECCIÓN: CDLA SAN CRISTOBAL	
MESTIZA	SOLTERA	INSTRUCCIÓN SUPERIOR			
DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO					
NOMBRES Y APELLIDOS: YANDRY MARLON PONCE MENENDEZ					
TELÉFONO: 052630060		CÉDULA DE IDENTIDAD: 1308960911			
OBSERVACIÓN:					
DATOS DE IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL DOCUMENTO					
CÓDIGO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN:					
 1352209256				Firma válida Digitally signed by YANDRY MARLON PONCE MENENDEZ Date: 2015.10.06 09:36:21 COT Reason: Firma Electronica	
Nota: La inscripción de nacimiento deberá hacerse en el plazo de 30 días, desde el momento de la inscripción del nacimiento en el Registro Civil, de acuerdo con el Art. 36 de la Ley de Registro Civil, Identificación y Cedulación. Evite las multas de Ley que corresponden al 50% de un SMV, conforme al Art. 54 de la Ley de Registro Civil, Identificación y Cedulación.					
Solo para uso del Registro Civil.					
La madre debe acreditar su identidad documentadamente al momento de la inscripción del nacimiento en el Registro Civil. Los datos aquí declarados sobre la identidad de la misma son de exclusiva responsabilidad de la madre; así como los datos sobre el hecho del nacimiento, son de responsabilidad del médico certificante.					

Figura 1. Informe nacido vivo del paciente con retraso psicomotor


VICEPRESIDENCIA
REPÚBLICA DEL ECUADOR

3

SISTEMA DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y ESCOLAR DE LA DISCAPACIDAD
AUDITIVA EN EL ECUADOR

INSTITUCIÓN: Hospd Ven. Gallo Baldo
 PROVINCIA: Manabí CANTÓN: Postorero
 PARROQUIA: 12 de Mayo

EXÁMEN CON EMISIONES OTOACÚSTICAS

Historia Clínica: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: Mora
 Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
 Edad: _____ Sexo: ♀ Transferencia de: 

1er. Exámen Fecha del exámen: 27 / 10 / 2015

OÍDO IZQUIERDO PASÓ <input checked="" type="checkbox"/> NO PASÓ <input type="checkbox"/>	OÍDO DERECHO PASÓ <input checked="" type="checkbox"/> NO PASÓ <input type="checkbox"/>
---	---

2do. Exámen Fecha del exámen: / /

OÍDO IZQUIERDO PASÓ <input type="checkbox"/> NO PASÓ <input type="checkbox"/>	OÍDO DERECHO PASÓ <input type="checkbox"/> NO PASÓ <input type="checkbox"/>
--	--

Realizado por: Nery Coronel

Transferencia a: _____

Observaciones: - Se hizo de 23 dec a lo regular
Valoración Auditiva Bilateral dando como resultado
Hay Suficiencia 

Figura 2. Exámenes con emisiones otacústicas del paciente con retraso psicomotor

Ministerio de Salud Pública
Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI
CARNÉ ÚNICO DE VACUNACIÓN

Chavez Rosa Gilly Rosales
 APELLIDOS Y NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO: Día 04 Mes 10 Año 2015

LUGAR DE NACIMIENTO: Pamahuachi

NÚMERO C.I.: 1352209256

NACIONALIDAD: Ecuatoriana

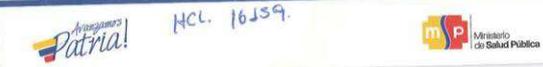

 MCL. 16159.

Figura 3. Carnet de vacunación del paciente con retraso psicomotor

Anexo 3. Documentación médica

Fecha Nacimiento: 04/10/2015
 Fecha de ingreso: 04/10/2015
 Tipo Sanguíneo: O+



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL PROVINCIAL Y DOCENTE
"DR. VERDI CEVALLOS BALDA"
PORTOVIJEJO

INGRESO

Peso: 2.5 gr.
Talla: 50 cm

EGRESO

Peso: 2.5 gr.
Talla: 50 cm.

Grupo sanguíneo madre: O+
Grupo sanguíneo neonato: O+
Semana de gestación: 38.5

INSTRUCCIONES DE ALTA UNIDAD NEONATAL

NOMBRES Y APELLIDOS: Clavez Mora Emilyy Rafaela No. Archivo: 478206
 FECHA DE NACIMIENTO: 04/10/15 APGAR: 7/9 PESO: 2,5 gr TALLA: 50cm
 DIAGNOSTICOS:
 * D: Fianal Neonatal en la lactancia Materna P92.5
 * Normales de Renta Neonato P92.0.

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

RESPIRATORIO: 04/10/15 Acreditación, nacimiento que fue temperamental tranquilo y color a los 5 minutos y Rítmico regular por hora por una hora.
CARDIOLÓGICO: Sin Patología Aparente. Ruidos Cardíacos: Rítmicos y normoventriculares, No Soplidos.
METABÓLICO: Sin patología aparente.

GASTROENTERICO: 04/10/15: Sin problemas en observación al RN debido a que la madre es llorosa y participa de Emociones. Con los datos de su alimentación por succión con volumen orofaríngeo y vómitos en 2 ocasiones.
ENDOCRINOLOGICO: Sin patología aparente.
RENAL: Sin Patología Aparente.
OFTALMOLOGICO: Sin Patología Aparente.
TRAUMATOLOGICO: Sin Patología Aparente.
HEMATOLOGICO/LABORATORIO: Examen de laboratorio en curso de la hora.

OTROS/APLICACIÓN: / / /

MEDICACIÓN ADMINISTRADA DURANTE INTERNACIÓN			
DROGA	DOSIS	VIA	DIAS
glucosado de calcio	24 ml	intravenosa	cada ocho horas

MEDICACIÓN DE ALTA

SUPRADIN 4 GOTAS DIARIAS
 ACIDO FOLICO 5mg MEDIDA TABLETA MOLIDA Y DISUELTA EN ALGO DE LECHE O AGUA
 VITAMINA E (PERLAVITO EPLONAT) 200 UI A TOMAR 2 GOTAS DIARIAS
 SULFATO FERROSO GOTAS ORAL DIA CON ESTOMAGO VACIO
 B LACTO DE CALCIO TOMAR 1 SELLO DIARIO DISEULTO EN ALGO DE LECHE O AGUA
 CAFEINA 2% A TOMAR GOTAS CADA 24 HORAS
 CAFEINA 2% A TOMAR GOTAS CADA 24 HORAS
 ANTIBIOTICOS:

FECHA CONTROL EN CONSULTA
 EXTERNA DE NEONATOLOGIA



 NOMBRE FIRMA Y SELLO DEL
 MEDICO RESIDENTE RESPONSABLE

Figura 1. Historia clínica referente del paciente con retraso psicomotor

Nombre del paciente : CHAVEZ MORA EMELY RAFAELA,
 Identificador del paciente : MS7ANN2854463
 Fecha de estudio : 09/12/2016 9:49:45
 Descripción del estudio : IRM CRANEO SIMPLE
 Número de registro : 637320

INFORME DE IMAGENES
 Información General

Paciente : EMELY RAFAELA CHAVEZ MORA
 Sexo : F
 Fecha de nacimiento : 04/10/2015
 Centro de Atención : IMAGENOLOGIA HOSPITAL ROBERTO GILBERT

Historia Clínica : 2854463
 Identificación : MS7ANN2854463
 Nombre del Examen : IRM CRANEO SIMPLE
 Fecha de realización : 09-dic-2016 9:14
 No. de la Orden : 2262475-1
 Médico solicitante : VELEZ GALARRAGA MARIA DEL ROSARIO

Descripción del Informe
 Imágenes en secuencias T1, T2, Flair, axiales, coronales y sagitales.
 Cisternas basales, sistema ventricular y espacios subaracnoides corticales un poco aumentados de tamaño.
 Poca diferenciación de sustancia blanca y gris en regiones frontales basales en secuencias T1.
 No se observan otras alteraciones en la señal de intensidad del parénquima cerebral.
 Impresión diagnóstica:
 Signos de retardo madurativo.
 Ligero aumento del tamaño ventricular y de espacios subaracnoides.

Dr(a): LAMA LAMA JULIO

Reg: 5467 ; Libro : 9 ;
 Folio : 39 ; No.: 5467DRA. MONICA AYÓN RANDICH Reg. : 2058 ; Libro 13 ; Folio: 25 ; No. 4
 Electrónicamente Reportado / Médico JULIO, LAMA LAMA

Figura 2. Informe de la resonancia magnética

Anexo 4. Documentación de la Intervención Temprana

FUNDACIÓN SOCIAL

CRISTO REY

CENTRO MÉDICO
PORTOVIEJO

CARNET DE IDENTIFICACIÓN

Nº. de Historia Clínica Única

03-16-46

Nombre Completo

Chavez Mora Emily Rafaela

OBSERVACIONES:

Grupo Sanguíneo: _____

Alergias: _____

Otras: _____

En beneficio de su propia salud guarde este Carnet
muestre cada vez que vuelva al Centro Médico

Figura 1. Carnet otorgado por la Fundación Social Cristo Rey

Anexo 5. Escala de valoración

Descripción:

Se la realiza en un periodo de tiempo de 15 a 20 minutos, mediante la cual el paciente debe encontrarse en estado de relajación total, si presenta cansancio, fatiga, nervios se deberá suspender la realización de la prueba y recomendar a la madre que regrese en un lapso de una a dos semanas para poder observar una mayor funcionalidad de la misma.

Tabla III. Rango de Valoración

Rango edad	I T E M	A MOTRICIDAD GRUESA	Anote Edad en meses para cada evaluación					Rango edad
>1	0	Patea vigorosamente						>1
1 a 3	1	Levanta la cabeza en prona						1 a 3
	2	Levanta la cabeza y pecho en prona						
	3	Sostiene cabeza al levantarlo de los brazos						
4 a 6	4	Control de cabeza sentado						4 a 6
	5	Se voltea de un lado a otro.						
	6	Intenta sentarse solo.						

7 a 9	7 8 9	Se sostiene sentado con ayuda. Se arrastra en posición prona. Se sienta por si solo.							7 a 9
10 a 12	10 11 12	Gatea bien Se agarra y sostiene de pie. Se para solo.							10 a 12
13 a 18	13 14 15	Da pasitos solo Camina solo bien Corre							13 a 18

Figura 1. Escala abreviada del desarrollo

Tabla IV. Área Motricidad Gruesa

ITEM. CONDICIONES DE OBSERVACION	CRITERIOS DE RESPUESTA
<p>0.Patea vigorosamente Coloque al niño acostado boca arriba, con las piernas libres. Observe durante algunos segundos su comportamiento espontáneo. Llame su atención con algún juguete.</p>	<p>El niño reacciona moviendo y pateando vigorosamente con ambas piernas.</p>
<p>1.Levanta la cabeza en prona. Coloque al niño boca-abajo, observe su comportamiento espontáneo. Llame su atención con algún juguete, o solicite a la madre que lo haga.</p>	<p>El niño levanta la cabeza y la mantiene así por lo menos durante tres segundos. Si además de levantar la cabeza trata de apoyarse en los brazos o levanta un poco el pecho, califique también el ítem 3 como aprobado.</p>
<p>2.Levanta la cabeza y pecho en prona. Observe en la misma situación del ítem anterior.</p>	<p>El niño se apoya y hace fuerza con el antebrazo y levanta la cabeza y el pecho, manteniéndose así por lo menos durante tres segundos.</p>
<p>3.Sostiene cabeza al levantarlo de los brazos. Coloque al niño acostado boca-arriba, tómelo suavemente de ambas manos y levántelo lentamente unos 20 ó 25 centímetros. Repita dos o tres veces.</p>	<p>Al levantarlo, el niño sostiene el peso de su cabeza, en ningún caso la deja caer hacia atrás.</p>
<p>4.Control de cabeza sentado. Coloque al niño sentado con ayuda (sosteniéndolo suavemente de la espalda), ya sea sobre la colchoneta o en el regazo de la madre.</p>	<p>El niño tiene control de sus movimientos de cabeza, ésta no cae hacia ningún lado bruscamente.</p>

<p>5. Se voltea de un lado a otro. Observe el comportamiento espontáneo del niño mientras está acostado sobre la colchoneta. Llame su atención con algún juguete, o solicite a la madre que lo haga.</p>	<p>El niño puede “dar botes” de un lado a otro, boca –arriba y boca –abajo y viceversa.</p>
<p>6. Intenta sentarse solo. Observe el comportamiento espontáneo del niño mientras se encuentra sobre la colchoneta. Mientras está acostado, llame su atención con algún juguete.</p>	<p>El niño intenta sentarse solo, logra erguirse sentado, aunque muy rápido pierde el equilibrio y cae nuevamente. (Observarlo por lo menos en dos ocasiones separadas).</p>
<p>7. Se sostiene sentado con ayuda Coloque al niño sentado con apoyo de un cojín, o pida a la madre que lo sostenga ligeramente de la espalda. Observe por algunos segundos.</p>	<p>El niño puede mantenerse sentado por algunos segundos, sin apoyarse en las manos; aunque pierde el equilibrio y se cae cuando se le retira el apoyo</p>
<p>8. Se arrastra en posición prona. Coloque al niño boca –abajo, llame su atención ofreciéndole un juguete, o solicite a la madre que lo haga. Observe su comportamiento algunos segundos.</p>	<p>El niño hace fuerza con sus brazos, se apoya en el vientre, y/o encoge las rodillas, y logra arrastrarse un poco, aunque no logra todavía la posición de gateo.</p>
<p>9. Se sienta por sí solo. Observe el comportamiento del niño durante el examen. Colóquelo acostada boca –arriba y llame su atención, o solicite a la madre que lo haga.</p>	<p>El niño puede levantarse por sí solo y logra sentarse sin ayuda, manteniendo esta posición con buen equilibrio.</p>
<p>10. Gatea bien. Observe la reacción del niño en el ítem anterior, insista llamando su atención con un juguete atractivo.</p>	<p>El niño se apoya en manos y rodillas y gatea bien, logrando desplazarse algunos metros.</p>

<p>11. Se agarra y sostiene de pie. Observe el comportamiento espontáneo del niño durante el examen. Llame su atención con algún juguete cerca de la mesa o las rodillas de la madre.</p>	<p>El niño se agarra de la mesa o las rodillas de la madre, con una o ambas manos y logra mantenerse en pie, por lo menos durante 10 segundos.</p>
<p>12. Se para solo. Observe el comportamiento espontáneo del niño durante el examen. Si el niño se encuentra sentado llame su atención ofreciéndole algún juguete, o solicite a la madre que lo haga.</p>	<p>El niño se pone de pie y se mantiene en esta posición sin perder el equilibrio, por lo menos 15 segundos. Se requiere que se mantenga de pie sin apoyarse con las manos.</p>
<p>13. Da pasitos solo. A continuación del ítem anterior, pida a la madre que invite al niño desde una distancia de uno o dos metros. Observe el comportamiento espontáneo del niño durante el examen.</p>	<p>El niño intenta y logra dar por lo menos cuatro o cinco pasos consecutivos, antes de perder el equilibrio. Lo intenta varias veces.</p>
<p>PUNTAJE TOTAL: Alerta</p>	
<p>OBSERVACIÓN: El paciente se encuentra en dependencia es decir en signo de alarma de acuerdo al resultado obtenido de la valoración.</p>	

Edad en meses	Motricidad Gruesa (A)			
	Alerta	Medio	Medio Alto	Alto
1-3	0-1	2-3	4-5	6-
4-6	0-4	5-6	7-9	10-
7-9	0-7	8-10	11-13	14-17
10-12	0-11	12-13	14-16	20-
13-18	0-13	14-16	17-19	24-
19-24	0-16	17-19	20-23	28-
25-36	0-19	20-23	24-27	30-
37-48	0-22	23-26	27-29	
49-60	0-26	27-29	30-	

Figura 2. Parámetros Normativos

Anexo 6. Actividades motrices gruesas para levantar la cabeza en prona o sedestación.



Figura 1 y 2. Masajes circulares en el cuello para la estimulación céfalo-caudal

Anexo 7. Actividades motrices gruesas para levantar el pecho y la cabeza en prona.



Figura 1 y 2. Flexión y Extensión de miembros inferiores

Anexo 8. Actividades motrices gruesas para voltearse de un lado a otro



Figura 1. Cambio de cubito mediante estímulos

Anexo 9. Actividades motrices gruesas para el control de cabeza sentado



Figura 1 y 2. Rotación céfalo-caudal

Anexo 10. Actividades motrices gruesas para sostenerse sentado con ayuda



Figura 1 y 2. Coloca las manos en la colchoneta y seguir el objeto

Anexo 11. Actividades motrices gruesas para intentar sentarse solo

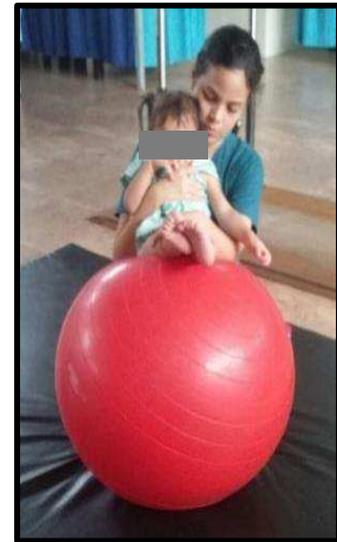


Figura 1,2 y 3. Balanceo en el balón de Bobath

Anexo 12. Actividades motrices gruesas para sentarse por si solo

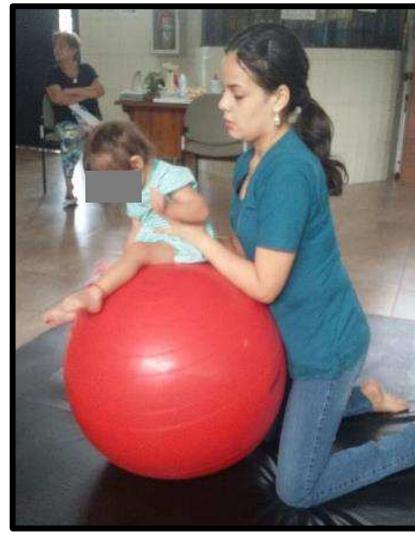


Figura 1 y 2. Palpación en la región lumbo-sacro y proceso rebote

Anexo 13. Actividades motrices gruesas para el pateo vigoroso



Figura 1 y 2. Diferentes texturas para el pateo vigoroso

Anexo 14. Actividades motrices gruesas para arrastrarse en posición prona



Figura 1. Sostener los miembros inferiores

Anexo 15. Actividades motrices gruesas para realizar correctamente el gateo



Figura 1. Mover los miembros inferiores de manera intercalada, alcanzar objeto.

Anexo 16. Actividades motrices gruesas para agarrarse y sostenerse de pie



Figura 1 y 2. Sostenibilidad en el balón Bobath

Anexo 17. Actividades motrices gruesas para pararse solo



Figura 1. Sostenerse y Balanceo de arriba hacia abajo en el balón Bobath con base de sustentación

Anexo 18. Actividades motrices gruesas para dar pasitos sola



Figura 1 y 2. Fomentando la marcha