



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

**TITULO: "ESTUDIO DE CASO A PACIENTE CON PARÁLISIS
CEREBRAL INFANTIL QUE ASISTE AL HOSPITAL DE NIÑOS
"DR. ROBERTO GILBERT" EN EL PERIODO JULIO-
SEPTIEMBRE 2015"**

AUTOR:

MARÍA DE LOS ÁNGELES REYES ACOSTA

COMPONENTE PRÁCTICO

**EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE: LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA.**

GUAYAQUIL-ECUADOR

2015



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **María de los Ángeles Reyes**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Licenciada en Terapia Física**.

COORDINADOR (A)

Econ. Víctor Hugo Sierra.

DIRECTOR DE LA CARRERA

Doctora Martha Victoria Celi Mero

Guayaquil, al 1 día del mes de septiembre del 2015.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, María de los Ángeles Reyes

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación “**Estudio de caso a paciente con parálisis cerebral infantil que asiste al hospital de niños Dr. Roberto Gilbert, de la ciudad de Guayaquil en el periodo de Agosto-2015**” previa a la obtención del **Título de Licenciada en Terapia Física**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, al 1 día del mes de septiembre del 2015.

LA AUTORA

María De los Ángeles Reyes



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

AUTORIZACIÓN

Yo, María de los Ángeles Reyes

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **“Estudio de caso de paciente con parálisis cerebral infantil que asiste al Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert de la ciudad de Guayaquil en el periodo Agosto-2015”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al 1 día del mes de septiembre del 2015.

LA AUTORA

María De los Ángeles Reyes

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, porque después de todo que podríamos hacer sin él. A mis padres, quienes desde siempre no hicieron otra cosa que darlo todo por mi desarrollo personal y profesional; en general, a mi familia quienes fueron pilares a lo largo de mi vida y a quienes entrego mi sacrificio.

Agradezco a mis profesores por los conocimientos y experiencias impartidas en el transcurso de toda mi carrera.

Agradezco al virtuoso equipo de mujeres encargadas de la Secretaría de la Carrera de Terapia Física.

Agradecimientos especiales a:

Dr. Gustavo Bocca.

Economista Víctor Sierra.

Lcda. Sheyla Villacres.

Lcda. Jennifer Correa.

Lcda. Tania Abril.

Lcda. Noemí Matteazzi.

Ing. María Rosa Reyes Acosta.

María De los Ángeles Reyes.

AUTOR.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi hija, a mi mamá y mis hermanas. Las mujeres que me inspiran a diario.

A mi papá, quien habría estado muy feliz de compartir este momento conmigo, y en cuya alma siempre encontré motivación.

María De los Ángeles Reyes.

AUTOR.

ÍNDICE

PORTADA	
CERTIFICACIÓN.....	
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	
AUTORIZACIÓN.....	
AGRADECIMIENTO	i
DEDICATORIA	ii
RESUMEN	v
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. PRESENTACIÓN DEL CASO	2
2.1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	2
2.2. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA	2
3. JUSTIFICACIÓN	4
4. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO	5
5. METAS Y OBJETIVOS	6
5.1 CORTO PLAZO	6
5.2 MEDIANO PLAZO	6
5.3 LARGO PLAZO	7
5.4 EXPECTATIVAS DEL FISIOTERAPEUTA	7
5.5 OBSERVACIONES DEL FISIOTERAPEUTA.....	7
5.6 RECOMENDACIONES DEL FISIOTERAPEUTA	8
6. MARCO REFERENCIAL-TEÒRICO.....	9
6.1 MARCO REFERENCIAL	9
6.2 MARCO TEORICO	10
6.2.1 PARÀLISIS CEREBRAL INFANTIL	10
6.2.2 ETIOLOGIA	11
6.2.3 CUADRO CLINICO	12
6.2.4. CLASIFICACION.....	12
6.2.4.1 PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA	12
6.2.4.1.1 TETRAPLEJIA ESPASTICA	12
6.2.4.1.2 DIPLEJIA ESPASTICA.....	13
6.2.4.1.3 HEMIPLEJIA ESPASTICA.....	13
6.2.5 CONCEPTO BOBATH	13

7. DESARROLLO METODOLOGICO.....	15
7.1 METODOLOGIA	15
7.2 TECNICAS E INSTRUMENTOS	15
7.2.1 TECNICAS.....	15
7.2.2 INSTRUMENTOS	15
8. PROPUESTA DE TRATAMIENTO	16
8.1 PRESCRIPCION MEDICA	16
8.2 PROPUESTA FISIOTERAPEUTICA.....	16
8.2.1 PLAN DE TRATAMIENTO.....	16
8.3 PROPUESTA DE TRATAMIENTO A CORTO PLAZO	17
8.4 PROPUESTA DE TRATAMIENTO A MEDIANO PLAZO	19
8.5 PROPUESTA DE TRATAMIENTO A LARGO PLAZO	19
BIBLIOGRAFIA	20
GLOSARIO	21
ANEXOS	22

RESUMEN

El presente estudio consistió en la visita, evaluación y diagnóstico de un paciente cuyo cuadro clínico cumplía las características de parálisis cerebral infantil. Se realizó en el Hospital de niños "Dr. Roberto Gilbert" de la ciudad de Guayaquil durante el periodo Agosto de 2015.

En la etapa de visita se realizó presentación del fisioterapeuta al paciente y al familiar para la posterior evaluación.

Durante la etapa de evaluación se aplicaron técnicas de recopilación de datos como la entrevista y la observación para definir un diagnóstico fisioterapéutico con el objetivo de crear un plan de tratamiento adecuado para el estado actual del paciente. Para lograr esto fue necesaria la colaboración del paciente, de los familiares presentes durante la evaluación y del encargado del área de terapia física del hospital.

Previo a la realización del plan anteriormente mencionado se fijaron metas y objetivos tomando en cuenta la edad cronológica y la edad motora del paciente. La propuesta de tratamiento está constituido por una secuencia de técnicas de entre las cuales destacan Bobath, Vojta, estiramientos, movilizaciones pasivas, hidroterapia entre otras, todas estas técnicas se enfocan en lograr los objetivos principales de la terapia física que son conseguir la independencia parcial o total del paciente para mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: Parálisis cerebral infantil, edad cronológica, edad motora, independencia.

ABSTRACT

The current study consisted of the visit, evaluation and diagnosis of a patient whose clinical characteristics were matched cerebral paralysis. It was held at the Children's Hospital Dr. Roberto Gilbert de Guayaquil during the period of August 2015.

At the stage of the visit, the presentation of the physiotherapist to the patient and his family was performed, in order to accomplish the evaluation.

During the evaluation stage of data collection techniques they were applied as interview and observation to define a physiotherapy diagnosis in order to create an appropriate treatment plan for the patient's current condition. To achieve this the cooperation of the patient, the family present during the assessment and area manager of the hospital physical therapy was needed.

Prior to the completion of the above plan goals and objectives were set considering the chronological age and the motor age of the patient.

The proposed treatment consists of a sequence of techniques among which Bobath, Vojta, stretching, passive movements, hydrotherapy among others, all these techniques are focused on achieving the main objectives of physical therapy are getting partial independence or Total patient to improve their quality of life.

Key words: Cerebral palsy, chronological age, motor age, independence.

1. INTRODUCCIÓN

El cerebro es el órgano más sensible del cuerpo humano, encargado de codificar, regular y controlar las actividades y funciones voluntarias e involuntarias del cuerpo humano. Si este órgano sufre alguna lesión, las consecuencias se verían reflejadas en el resto del cuerpo, la manifestación de la lesión se dará según la magnitud y la localización de la misma. La parálisis cerebral infantil se define como el conjunto de trastornos neuromusculares y cognitivos que afecta a 2 y 3 de cada 1000 nacidos vivos.

Este estudio de caso pretende presentar una propuesta de tratamiento basado en un caso específico de PCI, de un paciente que asiste al Hospital de niños "Dr. Roberto Gilbert" de la ciudad de Guayaquil.

Existen una gran cantidad de autores que presentan un sin número de alternativas de tratamiento para este tipo de casos. Este trabajo no es más que un algoritmo de técnicas enfocadas a mejorar la calidad de vida de este paciente en particular. Si bien es cierto que en un caso como este la recuperación no se lograra al 100%, pero como fisioterapeutas debemos tener claro que mientras logremos que el paciente alcance la independencia parcial o total ya estamos mejorando su calidad de vida, habiendo así cumplido con nuestras expectativas.

2. PRESENTACIÓN DEL CASO

2.1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Paciente de sexo masculino, edad cronológica 7 años y 7 meses, edad motora 3-4 años aproximadamente. Introducido a la etapa escolar en el nivel preescolar. Nivel sociocultural y económico medio, de la ciudad de Guayaquil.

Convive con su mamá, papá y un hermano mayor de 14 años. La mamá acompaña al paciente a la terapia y en ocasiones también lo acompaña el hermano con el que guarda una relación muy estrecha, al igual que con sus padres.

2.2. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

Paciente presenta parálisis cerebral infantil confirmada. En el examen físico por regiones presenta espasticidad en miembros inferiores, asm 2-3. Ingresó a terapia física a los 6 años y 3 meses de edad, actualmente tiene 7 años y 7 meses. Paciente es llevado a terapia física posterior a la aplicación de toxina botulínica.

La mamá refiere complicaciones durante el embarazo en el cual presentó problemas en el saco embrionario desde los dos meses de gestación y sangrado constante hasta los 6 meses de gestación. Comenta también haber tenido varios episodios de depresión.

Al momento del parto fue necesaria una cesárea planificada a las 36 semanas en la que según menciona la madre hubo sangrado abundante, provocando hipoxia perinatal por lo que fue necesario que él bebe reciba oxígeno. Esto probablemente ocasionó la parálisis cerebral infantil.

Su desarrollo no se dio de manera convencional, su alimentación durante los primeros meses de vida fue mixta entre leche materna y leche de fórmula. La masticación se dio de manera progresiva pero en conjunto con estimulación, aún ahora introduce objetos en su boca. Con respecto al sueño fue anormal hasta

que fue escolarizado, la madre refiere que a partir de ahí se reguló su horario dormir.

En cuanto a la motricidad, entre las características anormales más notorias están: espasticidad en semitendinosos y semimembranosos, gemelos y tibiales posteriores.

Además de presentar estrabismo por lo que fue operado a los 7 meses de vida.

Paciente acude a control médico cada dos meses, fisiatría y neurología. Asiste a terapia ocupacional, terapia física y terapia de lenguaje por lo que ha sido posible que sea escolarizado.

Paciente que había recibido terapia previamente y ya caminaba con ayuda de un andador, actualmente utiliza silla de ruedas. Hace más de un año no realiza terapia. Aunque su desarrollo cognitivo ha continuado, su desarrollo motor ha tenido un retroceso muy notorio.

El paciente que dejó de realizar la terapia física y regresa a los 6 años y 3 meses de edad a la terapia, hasta ahora con 7 años y 7 meses.

3. JUSTIFICACIÓN

La realización de este estudio de caso es importante porque a pesar de que la parálisis cerebral infantil es una patología ya conocida, no siempre se manifiesta de la misma manera y presenta diferentes consecuencias en cada caso existente. Por lo tanto es considerada una patología compleja. Por otro lado la terapia física tiene entre sus objetivos mejorar la calidad de vida de las personas y alcanzar un alto grado independencia para su inclusión en la sociedad.

Los seres humanos necesitamos sentir la aceptación de la sociedad y la inclusión a la misma para nuestra autorrealización, al igual que los pacientes, el terapeuta físico necesita ver resultados positivos en los pacientes para su crecimiento como profesional y persona. De esta manera no solo contribuimos con el bienestar de una persona, sino del paciente y sus familiares, del equipo multidisciplinario que forma parte del tratamiento que realiza el paciente y del crecimiento de la carrera como tal.

Personalmente considero que este trabajo me ha servido para recordar técnicas aprendidas y aplicarlas. Técnicas de evaluación y escalas que no había aplicado que me servirán durante mi desempeño profesional. Además de conocer y reconocer a un niño con parálisis cerebral infantil como parte de la sociedad al poder ser incluido en el sistema de educación.

4. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Examen físico por regiones:

PIEL Y FANERAS

Piel y faneras: Normal.

CABEZA

Cabeza: Normal.

Ojos: Normal.

Nariz: Normal.

Boca: Normal.

Oro Faringe: Normal.

CUELLO

Cuello: Normal.

TORAX

Axilas y mamas: Normal.

Tórax: Normal.

ABDOMEN

Abdomen: Normal.

COLUMNA VERTEBRAL

Columna vertebral: Normal.

PELVIS

Ingle-periné: Normal.

Genitales: Normal.

EXTREMIDAD

Miembros superiores: Clonus.

Miembros inferiores: Anormal, espasticidad en gemelo derecho e izquierdo asm2-3. Clonus.

Diagnóstico de ingreso: Parálisis cerebral infantil (Confirmada).

5. METAS Y OBJETIVOS

Objetivos deben ser funcionales, de acuerdo a la edad cronológica y motora del paciente, deben ser medibles y alcanzables:

5.1 CORTO PLAZO

Mantener alineación postural.

Inhibir patrones anormales.

Fortalecer músculos anti gravitatorios.

Conservar los progresos obtenidos con la toxina botulínica.

Informar al familiar sobre la correcta higiene de las órtesis, la importancia y los cuidados que debe tener la misma para favorecer la evolución del paciente.

Estimular y facilitar fases del neurodesarrollo que aún están ausentes o inmaduros en el paciente.

Fortalecer músculos atrofiados.

Entrenamiento a la madre o acompañante en la terapia que se le realiza al paciente.

5.2 MEDIANO PLAZO

Evitar y controlar la restauración de patrones anormales.

Reeducación funcional.

Mantener una buena alineación postural y evitar deformaciones.

Fortalecer músculos torácicos.

Estimular el equilibrio de pie con apoyo.

Reeducar neurocognitivamente.

Favorecer la higiene de la órtesis mostrándole al familiar los cuidados que se deben tener y la importancia de la misma.

Entrenamiento a la madre o acompañante en la terapia que se le realiza al paciente.

5.3 LARGO PLAZO

Reeducación de la marcha.

Lograr mayor independencia en AVD como autocuidado y alimentación.

Trabajar el aspecto psicológico y emocional del paciente para facilitar la inclusión y escolarización.

Mejorar la calidad de vida.

5.4 EXPECTATIVAS DEL FISIOTERAPEUTA

Cumplir con los objetivos establecidos a corto, mediano y largo plazo. Además de lograr independencia del paciente y mejorar la calidad de vida del mismo. Al mejorar la funcionabilidad del paciente aumentamos el grado de independencia y al aumentar la independencia mejoramos la calidad de vida. Por lo consiguiente ayudamos al estado emocional del paciente que influye en su escolarización.

5.5 OBSERVACIONES DEL FISIOTERAPEUTA

La importancia del manejo correcto del paciente en relación a la patología que presenta es esencial para que los objetivos se cumplan. Si en un determinado momento algún elemento o alguna fase de la terapia pueda llegar a ser contraproducente habría que eliminar o sustituir esa parte del tratamiento.

5.6 RECOMENDACIONES DEL FISIOTERAPEUTA

Personalmente recomiendo no utilizar ningún tipo de corriente durante la terapia. No critico ningún tipo de tratamiento o profesional que lo aplique. Pero en mi opinión en este caso en particular no recomiendo la electroterapia.

6. MARCO REFERENCIAL-TEÓRICO

6.1 MARCO REFERENCIAL

En la actualidad existe un consenso en considerar la parálisis cerebral (PC) como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura, causantes de limitación de la actividad, que son atribuidos a una agresión no progresiva sobre un cerebro en desarrollo, en la época fetal o primeros años. El trastorno motor de la PC con frecuencia se acompaña de trastornos sensoriales, cognitivos, de la comunicación, perceptivos y/o de conducta, y/o por epilepsia 1, 2, 3. La prevalencia global de PC se sitúa aproximadamente entre un 2 y 3 por cada 1000 nacidos vivos (Argüelles, 2008)

“Parálisis cerebral es una expresión utilizada comúnmente para designar un grupo de cuadros caracterizados por disfunción motora secundaria a un daño cerebral no progresivo en las primeras etapas de la vida” (Bax, M. & Brown, J. K., 2004)

Aunque no se discute de las lesiones secundarias del SNC humano en la parálisis cerebral, está claro que el gran peligro de una lesión única en el proceso de maduración biológica y funcional consiste en un desarrollo anormal de sus conexiones (Vojta, 2005).

La PC es un síndrome que puede ser debido a diferentes etiologías. El conocimiento de los distintos factores que están relacionados con la PC es importante porque algunos de ellos se pueden prevenir, facilita la detección precoz y el seguimiento de los niños con riesgo de presentar PC (Argüelles, 2008)

“El daño cerebral determina un desarrollo desorganizado y retrasado de los mecanismos neurológicos que regulan el control postural, el equilibrio y el movimiento” (Levitt, 2013)

La clasificación en función del trastorno motor predominante y de la extensión de la afectación, es de utilidad para la orientación del tipo de tratamiento así como para el pronóstico evolutivo. Otra forma de clasificación, según la gravedad de la afectación: leve, moderada, grave o profunda, o según el nivel funcional de la movilidad: GMFCS (Gross Motor Function Clasification System) (Argüelles, 2008)

6.2 MARCO TEÓRICO

6.2.1 PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

En la actualidad existe un consenso en considerar la parálisis cerebral (PC) como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura, causantes de limitación de la actividad, que son atribuidos a una agresión no progresiva sobre un cerebro en desarrollo, en la época fetal o primeros años. El trastorno motor de la PC con frecuencia se acompaña de trastornos sensoriales, cognitivos, de la comunicación, perceptivos y/o de conducta, y/o por epilepsia 1, 2, 3. La prevalencia global de PC se sitúa aproximadamente entre un 2 y 3 por cada 1000 nacidos vivos. (Argüelles, 2008)

Parálisis cerebral es una expresión utilizada comúnmente para designar un grupo de cuadros caracterizados por disfunción motora secundaria a un daño cerebral no progresivo en las primeras etapas de la vida. Por lo general, se detectan discapacidades asociadas con problemas emocionales, sociales y familiares. Las parálisis cerebrales representan la causa más común de discapacidad infantil. La gravedad puede variar desde la dependencia total y la inmovilización hasta la presencia de habilidades adecuadas para conversar, el auto cuidado y caminar, correr y otras destrezas, aunque con cierto grado de torpeza. En la actualidad, muchas personas con parálisis cerebral se pueden beneficiar con la educación de integración y la educación superior. Participan más en varias actividades sociales. Las leyes, los avances tecnológicos y un cambio de actitud en la sociedad favorecen esta igualdad de oportunidades (Bax, M. & Brown, J. K., 2004)

El daño cerebral determina un desarrollo desorganizado y retrasado de los mecanismos neurológicos que regulan el control postural, el equilibrio y el movimiento.

Las personas afectadas sufren incapacidades específicas como: hipertonía o hipotonía con debilidad, patrones anormales de activación muscular que incluyen co-contracciones excesivas (Levitt, 2013)

Según estos autores la discapacidad producida por una PC se da en todos los casos de diferentes formas y se manifiesta con diferentes síntomas. Expresándose con un conjunto o grupo de afecciones a nivel cognitivo y neuromusculoesquelético que a su vez impide o retrasa el desarrollo normal del individuo, refiriéndose a "normal" como "promedio". Levitt menciona que a medida que el niño va creciendo los síntomas van cambiando y las reacciones o reflejos van progresando o empeorando puesto que la lesión se dio en un sistema nervioso en desarrollo y puede que la lesión no sea progresiva pero sus manifestaciones cambian a medida que los sistemas nerviosos y musculo esquelético maduran.

Por lo que podemos suponer que si los reflejos que deberían desaparecer en determinado momento conforme el lactante se va desarrollando no desaparecen podríamos empezar a pensar que existe una PCI, en caso de que esta no haya sido diagnosticada previamente. En algunos casos cuando la madre ha tenido hijos anteriormente, acude al médico y refiere que su hijo no se desarrolla como se desarrollaron sus hijos mayores.

Es importante que se diagnostique la patología a tiempo pues mientras más rápido comience el tratamiento se podrá evitar que los síntomas que presenta la patología progresen.

6.2.2 ETIOLOGÍA

La PC es un síndrome que puede ser debido a diferentes etiologías. El conocimiento de los distintos factores que están relacionados con la PC es

importante porque algunos de ellos se pueden prevenir, facilita la detección precoz y el seguimiento de los niños con riesgo de presentar PC (Argüelles, 2008)

6.2.3 CUADRO CLÍNICO

“Cuanto más se exige del niño, el grado de discapacidad motora parece mayor” (Argüelles, 2008)

Pienso que el autor se refiere a que a medida que va creciendo y desarrollándose un lactante sus habilidades, exigencias motoras y cognitivas van siendo mayores, por lo que si el desarrollo motriz no va cronológicamente de la mano con la edad del paciente va a ser muy difícil para el niño realizar las actividades que debería de acuerdo con su edad.

Por lo que podríamos deducir que es más complejo rehabilitar físicamente a un niño de 7 años con PCI que a un bebe de 7 meses con la misma patología. Sin embargo, el cuadro clínico o las características de las lesiones progresan con el paso del tiempo no es posible saber cómo se manifestaran o cambiaran los síntomas del niño. Cada niño presenta un cuadro clínico diferente aunque en ciertos casos se asemejen, se debe tratar a cada paciente como un individuo diferente a los demás y encaminar el tratamiento de acuerdo a la sintomatología específica que presenta.

6.2.4. CLASIFICACIÓN

6.2.4.1 PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA

Es la forma más frecuente. Los niños con PC espástica forman un grupo heterogéneo:

6.2.4.1.1 TETRAPLEJÍA ESPÁSTICA

Es la forma más grave. Los pacientes presentan afectación de las cuatro extremidades. En la mayoría de estos niños el aspecto de grave daño cerebral es evidente desde los primeros meses de vida. En esta forma se encuentra una alta incidencia de malformaciones cerebrales, lesiones resultantes de infecciones intrauterinas o lesiones clásticas como la encefalomalacia multiquística (Argüelles, 2008)

6.2.4.1.2 DIPLEJÍA ESPÁSTICA

Es la forma más frecuente. Los pacientes presentan afectación de predominio en las extremidades inferiores. Se relaciona especialmente con la prematuridad. La causa más frecuente es la leucomalacia periventricular (Argüelles, 2008)

6.2.4.1.3 HEMIPLEJÍA ESPÁSTICA

Existe paresia de un hemicuerpo, casi siempre con mayor compromiso de la extremidad superior. La etiología se supone prenatal en la mayoría de los casos. Las causas más frecuentes son lesiones cortico-subcorticales de un territorio vascular, displasias corticales o leucomalacia periventricular unilateral (Argüelles, 2008)

6.2.5 CONCEPTO BOBATH

El concepto Bobath ampliamente conocido en el campo de la Medicina Física y de rehabilitación es una terapia especializada aplicada a tratar las alteraciones motoras y de la postura, derivadas de lesiones del sistema nervioso central (SNC) Tiene su origen en los estudios del matrimonio de quienes toma el apellido, Berta y Karel Bobath.

La terapia Bobath es un “concepto de vida”, no un método. Permite la interacción de una gran variedad de técnicas, que deben ser adaptadas a las necesidades y reacciones individuales de cada paciente, no ofrece regímenes estrictos de tratamiento que deban ser seguidos al pie de la letra; otorga elementos para aplicar según necesidades y respuestas individuales; es un abordaje que

resuelve problemas involucrando el tratamiento y el manejo de pacientes con disfunción del movimiento.

Bases del concepto Bobath: • Control del tono postural. • Inhibición de patrones de actividad refleja. • Facilitación de patrones motores normales. • Control funcional efectivo (Valverde ME, Serrano MP, 2003)

7. DESARROLLO METODOLÓGICO

7.1 METODOLOGÍA

El análisis de caso es un método de investigación que permite caracterizar una situación o problema complejo basado en la comprensión y análisis de los hechos mediante una descripción e interpretación de las situaciones con su contexto, de una manera integral, no parcializada.

7.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

7.2.1 TÉCNICAS

Observacional: Técnica que consiste en la visualización de hechos, respaldada generalmente por una lista o tabla que posee los principales criterios que se desean observar.

Entrevista: Consiste en una conversación preparada y dinámica entre preguntas y respuestas abiertas.

7.2.2 INSTRUMENTOS

-Test de:

Escala de Asworth modificada.

Escala de evaluación del desarrollo psicomotor de 0 a 5 años.

-Historia clínica para niños.

-Evaluación fisioterapéutica para niños.

8. PROPUESTA DE TRATAMIENTO

8.1 PRESCRIPCIÓN MÉDICA

1. Movilizaciones.
2. Elongaciones.
3. Terapia ocupacional.

8.2 PROPUESTA FISIOTERAPÉUTICA

8.2.1 PLAN DE TRATAMIENTO

- Alineación postural.
- Compresas calientes / hidroterapia a miembros inferiores (Tendón de Aquiles e izquiotibiales).
- Masaje relajante a tendón de Aquiles e izquiotibiales según escala modificada de Ashworth. Duración de 6 a 25 s, pausas de igual duración, repeticiones de 3 a 10 veces, de 1 a 2 series.
- Inhibición de patrones anormales (bobath).
- Ejercicios de estiramiento.
- Estimulación vestibular (Rodillo, balón, etc.)
- Reeduación funcional a los 4 miembros con descargas de peso mediante posicionamientos en sedestación, cuatro puntos, decúbito ventral sobre cuña o rodillo o las propias piernas del fisioterapeuta, bipedestación, decúbito lateral, etc.
- Terapia lúdica y recreativa (Estimulación de la motricidad fina).
- Fortalecimiento de músculos anti gravitatorios (bobath).
- Favorecer la higiene de la órtesis mostrándole al familiar los cuidados que se deben tener y la importancia de la misma.

- Verticalización progresiva empezando con 30° - 60°- 90° durante 5 min a 1 hora, dependiendo tolerancia en bipedestación.

8.3 PROPUESTA DE TRATAMIENTO A CORTO PLAZO

Inhibir patrones extensores con movimientos en decúbito supino hacia el cubito lateral y decúbito lateral a decúbito supino, haciendo pausas en decúbito lateral para facilitar la flexión de cadera, rodilla y tobillo. Otra opción sería colocar al niño sobre la camilla o la colchoneta en cuatro puntos con cadera, rodilla y tobillos flexionados para posteriormente ejercer una suave fuerza sobre los pies para inhibir el patrón extensor que presenta el paciente.

Además se puede trabajar sobre una colchoneta con el terapeuta sentado en el piso con las piernas abducidas y el paciente entre sus piernas. El paciente estará sentado de espaldas al terapeuta y podrían utilizarse varias posiciones de las que prefiero:

1. Paciente con piernas juntas, caderas flexionadas (130°), rodillas flexionadas (45-40°) y tobillos flexionados. Progresivamente y con mucha suavidad se estimulara al niño para la bipedestación dependiendo de cómo vaya respondiendo a los estímulos y al tratamiento.
2. Paciente con piernas abducidas y con cierto grado de rotación, rodillas flexionadas y pies juntos, posición en la cual inhibimos patrón extensor y además elongamos la musculatura.

Además en estas posiciones trabajamos reeducación funcional. También ganamos movimientos flexores y a la vez estamos inhibiendo la musculatura espástica. Trabajamos cadenas musculares de tal manera que el cerebro reciba la información de la cadena cinética completa y no de un solo segmento. Al trabajar con una cadena cinética acortamos el tiempo y optimizamos el tratamiento, en este caso nuestro objetivo a corto plazo.

Se debe tener en cuenta que el paciente también refiere la presencia de clonus por lo que el tiempo en el que se trabaja la inhibición de patrones debe ser

medido y controlado para evitar que el paciente se fatigue y que se desencadene un episodio.

Inhibir patrones anormales más notorios. Espasticidad en gemelos mediante una combinación de técnicas de Bobath y Vojta. De esta manera preparo a mi paciente para la siguiente etapa sin dejar de lado mis objetivos a mediano y largo plazo.

La utilización del balón terapéutico con el concepto Bobath, desbloqueo pélvico, alineación de posturas se incluyen dentro de esta etapa del tratamiento. Luego de inhibir estos patrones es necesario alongar de manera individual las extremidades para posteriormente movilizar al paciente.

Para el fortalecimiento de músculos anti gravitatorios especialmente los extensores de columna es recomendable trabajar con el balón terapéutico. El paciente acostado sobre el balón en decúbito prono, se procederá a estimular los músculos paravertebrales y así provocar una extensión de columna voluntaria ya que existe control de tronco en el paciente.

Para miembros superiores e inferiores trabajar con todos los movimientos tomando en consideración el rango articular y realizar elongaciones para facilitar la realización de dichos movimientos. Evitar largas duraciones de los ejercicios para reducir el riesgo de la aparición de clonus.

Trabajar con movilizaciones y posturas adecuadas para la futura reeducación postural y funcional aprovechando al máximo los progresos obtenidos mediante la aplicación de la toxina botulínica. Al mismo tiempo la información brindada a los familiares sobre la higiene y los cuidados de las órtesis debe ser clara para su correcta aplicación.

8.4 PROPUESTA DE TRATAMIENTO A MEDIANO PLAZO

Mantenimiento de los patrones de corrección postural mediante la elongación y patrones inhibitorios ya descritos para evitar la reaparición de patrones anormales.

Estimular el equilibrio con la realización de actividades motrices que refuercen la transferencia progresiva de peso en miembros inferiores y ejercicios de equilibrio en varias posiciones (sentado y bipedestación).

Realización de ejercicios de cambio postural para mejorar el control corporal en decúbito, sedente, de rodillas, cuatro puntos y bipedestación, junto a sus respectivas transferencias de una posición a otra.

8.5 PROPUESTA DE TRATAMIENTO A LARGO PLAZO

Reeducación de la marcha mediante ejercicios dinámicos en bipedestación y control de tronco en paralelas, asistida y con las debidas correcciones, estimular la coordinación en movimientos de miembros superiores e inferiores. Mejorar la capacidad de deambulación con obstáculos y rampas.

Trabajar en las actividades de la vida diaria mediante actividades de coordinación mano ojo, coordinación gruesa y fina. Actividades de manipulación para mejorar la pinza y estimulación a la alimentación independiente. Reeducación del esquema corporal y de ubicación en el espacio físico.

Hacer énfasis en el aspecto emocional del paciente y explicar al familiar la importancia del apoyo psicológico para favorecer a la inclusión y la escolarización del mismo.

En esta y en todas las etapas la terapia lúdica juega un importante papel y tenerla presente representara una ayuda muy importante para que la propuesta de tratamiento sea eficiente.

BIBLIOGRAFÍA

- Argüelles, P. P. (2008). *Parálisis cerebral infantil*. Barcelona-España: Asociación Española de Pediatría.
- Bax, M. & Brown, J. K. (2004). *the spectrum of the motor disorders of children with cerebral palsy*. London: Mackeith Press.
- Levitt, S. (2013). *Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Valverde ME, Serrano MP. (2003). Terapia de neurodesarrollo. Concepto Bobath. Past & Rest Neurol. *Revista Pediatría Electronica*, 2:139-42.
- Vojta, V. (2005). *Alteraciones motoras cerebrales infantiles: diagnóstico y tratamiento precoz*. Madrid: Ediciones Morata.

Sitios web:

<http://www.wisis.ufg.edu.sv/www.wisis/documentos/TE/371.33-V335i/371.33-V335i-Capitulo%20V.pdf>

Patología en el tono muscular

Posted by [Eva Anaís Gómez-Calcerrada García-Navas](#)

<https://practicafisio.wordpress.com/author/eanaisgcgn/>

GLOSARIO

Bipedestación: Posición de estar un animal erguido y sostenido sobre dos patas.

Clonus: Serie de contracciones rítmicas e involuntarias de un músculo estriado o conjunto de ellos provocada por la extensión pasiva y brusca de sus tendones.

Diplejía: Parálisis que afecta partes iguales de cada lado del cuerpo.

Faneras: Las faneras son estructuras complementarias y visibles sobre la piel o que sobresalen de ella.

Hemiplejia: Parálisis de un lado del cuerpo causada por una lesión cerebral o de la médula espinal.

Periné: Zona del cuerpo humano comprendida entre el ano y los órganos genitales.

Parálisis: Pérdida total o parcial de la capacidad de movimiento de una o más partes del cuerpo que se debe, generalmente, a una lesión nerviosa en el cerebro o en la médula espinal.

Sedestación: Posición sentado.

Sistema vestibular: El sistema vestibular regular el sentido de movimiento y del equilibrio, es lo que nos permite situar nuestro cuerpo en el espacio, los desplazamientos y nuestro entorno.

Terapia lúdica: Terapia de juego.

Tetraplejia: Parálisis conjunta de las cuatro extremidades del cuerpo.

ANEXOS

ANEXO.1

Tabla 1. *Escala de Ashworth Modificada (Modified Ashworth Spasticity Scale)*

0 =	Tono muscular normal. No hay espasticidad
1 =	Leve incremento del tono muscular. Resistencia mínima al final del arco articular al estirar pasivamente el grupo muscular considerado
1 + =	Leve incremento del tono. Resistencia a la elongación en menos de la mitad del arco articular
2 =	Incremento del tono mayor. Resistencia a la elongación en casi todo el arco articular. Extremidad movilizable fácilmente
3 =	Considerable incremento del tono. Es difícil la movilización pasiva de la extremidad
4 =	Hipertonía de las extremidades en flexión o en extensión. (abducción, adducción, etc.)



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS/AS

LUGAR DE PRACTICAS:..... FECHA:.....
RESPONSABLE DEL PACIENTE:.....
DOCENTE:.....

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:.....
FECHA DE NACIMIENTO:..... N° H.CLINICA:.....
EDAD:.....DOMICILIO:..... TELF:.....
MOTIVO DE CONSULTA:.....
.....
.....

DIAGNOSTICO:.....
.....

2. COMPOSICION FAMILIAR

QUIENES COMPONEN LA FAMILIA:.....
PADRE:.....EDAD:.....OCUPACION:.....
MADRE:.....EDAD:.....OCUPACION:.....
HERMANOS:.....EDAD:.....OCUPACION:.....
ESTADO CIVIL:.....CON QUIEN PASA EL NIÑO EN CASA:.....

3. ANTECEDENTES PERSONALES

- EMBARAZO: PLANIFICADO.....
IMPREVISTO.....

TUVO COMPLICACIONES?
SALUD:.....EMOCIONALES:.....
- CARACTERISTICAS DEL PARTO:
NORMAL:.....CESAREA:.....PREMATURO:.....
OTROS:.....
- CONDICIONES INMEDIATAS POSTERIORES AL NACIMIENTO:
CICATRICES, MALFORMACIONES:.....
CONVULSIONES:.....OTROS:.....
- PAUTAS MADURATIVAS

ALIMENTACION:

LECHE MATERNA..... BIBERON..... MASTICACION.....
ACTUAL.....
HABITOS ORALES:.....
SUEÑO:.....

MOTRICIDAD:

CARACTERISITICAS DE SUS MOVIMIENTOS:.....
.....
.....
DESARROLLO MOTRIZ GRUESO:.....
.....
.....
.....

4. ANTECEDENTES PATOLOGICOS

ENFERMEDADES, ACCIDENTES:.....
VACUNAS:.....
CIRUGIAS:.....
ALERGIAS:.....
CONTROL MEDICO:.....
REALIZACION DE ESTUDIOS:.....
OTROS:.....
.....

5. INTERACCION FAMILIAR:

COMO SE RELACIONA CON SUS PADRES:.....
.....
COMO SE RELACIONA CON SUS HERMANOS:.....
.....
ACTIVIDADES QUE REALIZA EN FAMILIA:.....
.....
SITUACION FAMILIAR:.....
OBSERVACIONES:.....
.....
.....

ANEXO.3



EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA PARA NIÑOS/AS

Nombre del Fisioterapeuta:.....

Fecha de Evaluación:..... Lugar:.....

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre:.....

Fecha de Nacimiento:..... Edad:..... H.C.:.....

Diagnóstico:.....

EXAMEN MUSCULOESQUELETICO:

Arcos de movimiento y postura:

(Cuello y tronco /Extremidades Superiores e inferiores)

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

Deformidades:.....
.....
.....
.....

Tono muscular:

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

Control Motriz y Fortaleza General:

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

Actividad de los Reflejos:

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

ACTIVIDADES FUNCIONALES:

Control de cabeza y tronco:

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

Giros o Rodar:

Boca abajo – boca arriba:

.....

Boca arriba – boca abajo:

.....

Equilibrio y Postura sentado:

.....
.....

Equilibrio y Postura de pie:

.....
.....

Secuencia del desarrollo:

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

Movilidad General: (Silla de ruedas/cama):

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

Marcha:

.....
.....

Equipos (Ortesis/Ayudas técnicas):

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

Observaciones:.....

PROGRAMA DE TERAPIA FISCA

OBJETIVOS CORTOPLAZO:.....

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

OBJETIVOS LARGO PLAZO:.....

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

COMENTARIOS/ REEVALUACION:.....

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

PLAN DE TRATAMIENTO

TECNICAS/FRECUENCIA:.....

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

.....
.....

OBSERVACIONES:.....

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

ANEXO.4



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

ESCALA DE EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE 0 A 5 AÑOS

NOMBRE DEL NIÑO: _____ EDAD: _____ N° HISTORIA CLINICA: _____
 FECHA NACIMIENTO: _____ FISIOTERAPEUTA: _____ FECHA DE EVALUACION: _____

EDAD	AREA	CONDUCTA	FECHA QUE SE OBSERVO LA CONDUCTA DEL NIÑO												
0-1 MES	MT	Boca abajo, levanta brevemente la cabeza													
		Boca abajo, vira la cabeza de un lado a otro													
	C	Reacciona a sonidos fuertes y luz intensa													
		Realiza movimientos de búsqueda con cabeza, boca, labios													
	L	Fija momentáneamente la mirada sobre un objeto de colores vivos													
		Succiona el pezón o mamadera													
Traga Líquidos															
1-2 MESES	MT	Expresa necesidades por medio del llanto o grito													
		Boca abajo, levanta la cabeza y la mueve en distintas direcciones													
	MF	Boca arriba mantiene por segundos la cabeza en línea media													
		Al roce de algo, las manos hacen movimientos por segundos													
	C	Al roce de algo, las manos hacen movimientos por segundos													
		Gira cabeza hacia lugar de donde proviene el sonido													
L	Fija mirada sobre un objeto y sigue su movimiento por segundos														
	Emite sonidos guturales espontáneamente														
		Atiende a estímulos auditivos													
		Boca abajo, levanta cabeza, hombros y pecho, por segundos													

2-3 MESES	MT	Boca arriba mantiene cabeza en línea media														
		Sostenido en brazos intenta mantener cabeza derecha														
	MF	Empieza a abrir los puños														
		Mira sus manos u objeto que se coloca en ellas														

EDAD	AREA	CONDUCTAS	FECHAS													
3-4 MESES	MT	Boca abajo, se apoya sobre antebrazos														
		Boca abajo, mantiene control de su cabeza														
		Se mantiene de pie con apoyo														
	MF	Sujeta con sus dos manos el objeto que se le da														
		Intenta alcanzar un objeto colocado ante su visión														
	C	Mira y sonríe a la persona que le habla														
L	Busca procedencia del sonido con movimientos de cabeza y ojos															
	Se calma con la voz suave y la música															
4-5 MESES	MT	Sostenido en brazos mantiene cabeza derecha														
		Intenta virarse de un lado a otro														
	MF	Alcanza objetos próximos y de su interés														
	C	Explora los objetos con sus manos y boca														
	L	Repite su propio sonido														
Se ríe abiertamente, da gritos de alegría																
5-6 MESES	MT	Emite sonido consonánticos k-g-gu														
		Pasa de boca abajo a boca arriba														
		Intenta incorporarse sostenido de los dedos del adulto														
		Se mantiene sentado con apoyo														
		Intenta avanzar arrastrándose para alcanzar un objeto														

6-7 MESES	MF	Sujeta un objeto en cada mano																		
	C	Repite acciones que le resultaron agradables																		
	L	Dirige su cabeza y mirada hacia la persona que le habla																		
		Vocaliza sonidos, emite chillidos para llamar la atención																		
	MT	Se mantiene sentado con apoyo en sus manos																		
		Avanza arrastrándose para alcanzar objetos fuera de su alcance																		
	MF	Retiene 2 de 3 objetos que se le ofrecen																		
		Se pasa el objeto de una mano a otra																		
Toma objetos pequeños usando movimientos de rastreo																				
C	Gira la cabeza hacia el lugar de donde proviene un sonido																			
L	Reconoce voces que le son familiares																			
7-8 MESES	MT	Pasa de la posición boca arriba a boca abajo																		
		Boca arriba explora sus pies																		
		Se mantiene sentado sin apoyo																		
		Se mantiene de rodillas con apoyo																		
	C	Busca y halla un objeto desaparecido ante su visión																		
		Se quita trapo que cubre su visión																		
L	Vocaliza cuando se le habla da-da-da																			
8-9 MESES	MT	Pasa de acostado boca arriba a posición sentada																		
		Gatea																		
		Se mantiene de pie con apoyo																		
	MF	Sostiene mamadera con ambas manos																		
		Retiene hasta 3 cubos que se le ofrecen																		
	C	Destapa el objeto que se ocultó debajo de un trapo																		
	Extiende brazos hacia persona familiar, rechaza a extraños																			

	L	Pronuncia hasta 4 sílabas diferentes pa-ma-ta-ba																		
		Responde mirando cuando se lo llama por su nombre																		
9-10 MESES	MT	Pasa de posición sentada a la de pie con apoyo																		
		Gatea hacia delante y atrás																		
		Sostenido de brazos da pasitos																		
	MF	Usa los 4 dedos y el pulgar para tomar objetos pequeños																		
		Golpea 2 cubos sujetando uno en cada mano																		
		Suelta objetos voluntariamente																		
	C	Imita juegos de manos (tortillitas, panderito)																		
		Repite gestos, sonidos, que causaron gracia a otros																		
L	Reacciona al escuchar palabras familiares																			
10-11 MESES	MT	Pasa de posición de pie a la de sentado																		
		Da pasos sostenidos de sus brazos por adultos																		
		Saca objetos de una caja/ recipiente hondo																		
		Utiliza dedos índice y pulgar para objetos pequeños																		
	C	Imita gestos simples con significado chao-si- no hay																		

	L	Repite silabas simples que oye del adulto																	
11-12 MESES	MT	Se mantiene de pie con un mínimo de apoyo																	
		Camina sostenido de los muebles																	
	MF	Mete objetos pequeños en caja o recipiente hondo																	
		Señala usando dedo índice																	
	C	Fija la mirada en figuras de un libro y las señala con dedo índice																	
		Monta un cubo sobre otro																	
L	Obedece ordenes simples acompañadas de gestos: ven acá, no																		
	Repite la misma silaba 2 o 3 veces pa-pa-pa, ma-ma-ma																		
12-15 MESES	MT	Camina independientemente																	
		Sube y baja escaleras gateando																	
	MF	Hace movimientos de pinza correctamente																	
		Introduce objetos pequeños por un orificio																	
	A	Empieza a utilizar la cuchara con ayuda																	
		Coopera mientras se lo viste																	
S	Juega a la pelota con adulto																		

	L	Dice 2 o 3 palabras con significado, papa, mama, guapa, teta, ñaña																
		Imita sonidos con la boca: chasquidos, besitos, tos																
15-18 MESES	MT	Usa gestos para comunicarse: no hay, chao, si, etc. Empuja objetos, muebles grandes																
	MF	Se pone de pie sin apoyo, ayuda Gusta halar juguetes																
	C	Destapa cajas, tarros, envases fáciles de abrir Construye torre con más de 2 cubos/cajas																
	A	Bebe de taza o vaso usando 2 manos Come por si solo alimentos adheribles a la cuchara																
	L	Entiende ordenes como "dame la pelota" señalándola Imita sonidos de animales (uau,uau; miau; pio,pio) Puede nombrar hasta 3 cosas que le son familiares (Pan, agua, pa-pa)																
	MT	Usa la misma palabra para referirse a varias cosas (papa) Sube y baja escaleras de pie con ayuda de adulto Puede inclinarse para recoger un objeto sin caerse																
	C	Corre con rapidez																
	MF	Tapa cajas, frascos grandes																

18 – 24 MESES	L	Pasa páginas de un libro, más de 1 a la vez Reacciona cuando se le llama por su nombre Utiliza palabras para expresar necesidades																		
	A	Colabora al vestirse y desvestirse moviendo brazos y piernas																		
2 – 2 1/2 AÑOS	MT	Sube y baja escaleras por si solo																		
		Patea pelota fija																		
		Brinca, da saltitos sobre 2 pies, sin ayuda																		
		Se para sobre un solo pie por segundos																		
	MF	Lanza pelota con sus manos																		
		Desenrosca tapas de frascos																		
		Hace líneas verticales y horizontales sobre papel																		
	L	Construye torre con 5-7 cubos																		
		Dice su nombre cuando se le pregunta																		
		Forma frases de 2 palabras (Ej.: dame agua)																		
Responde a preguntas simples de “¿dónde?” señalando																				
Emplea el NO verbalmente																				
MT	Señala 3 partes del cuerpo cuando se le pide (ojo, boca, mano)																			
	Salta de una altura de 20 cm.																			

2 ½ - 3 AÑOS	MF	Corre libremente																			
		Hace bolitas de plastilina, masilla																			
		Desarma juguetes con piezas a presión																			
2 ½ - 3 AÑOS	A	Usa la cuchara derramando poco																			
		Pide ir al baño durante el día																			
	L	Controla el babeo la mayor parte del tiempo																			
		Responde a preguntas como ¿Qué está haciendo ? Que está comiendo? ¿Qué hace?																			
		Señala una figura común en libro, revista, cuando se le pide																			
	C	Puede llevar a cabo ordenes simples (toma, lleva, abre)																			
Copia un círculo Construye puente con 3 cubos																					
3 - 4 AÑOS	M T	Arma y desarma juguetes con piezas a presión																			
		Puede andar de puntillas																			
		Agarra pelota lanzando con sus 2 manos																			
		Salta un obstáculo																			
		Patea pelota grande en movimiento																			
	Sube escaleras alternando los pies																				
	MF	Hace bolitas de plastilina																			
Señala 3 colores básicos																					

	C	Diferencia objetos señalando (grande, pequeño, largo, corto, pesado, liviano)																
		Separa objetos por categorías (frutas, animales)																
		Arma rompe cabezas de 3 piezas sencillas																
3 - 4 AÑOS	L	Puede repetir parte de una experiencia inmediata																
		Nombra objetos ante la pregunta: ¿Con qué comes?																
		Se viste y desviste con poca ayuda por si solo (ropa sencilla)																
	A	Se peina por si solo																
		Usa correctamente la cuchara Coopera con el adulto en tareas domesticas																
	S	Juega en forma paralela con otros niños																
4 - 5 AÑOS	MT	Hace rebotar una pelota 3 veces																
		Camina sobre recta manteniendo equilibrio																
		Se mantiene de puntillas por más de 5 segundos																
	MF	Corta papel con tijeras																
	C	Enrosca																
		Nombra algunos colores																
		Dibuja 3 figuras geométricas simples																
		Cuenta objetos de 1 a 5																
		Copia una cruz																
			Dibuja figura humana (cabeza y extremidades)															
		Nombra cualidades de objetos (grande, pequeño, largo)																
	L	Dice su nombre completo																
		Responde a preguntas: Que haces cuando tienes hambre, frío... Hace preguntas con mucha frecuencia: ¿Por qué, cómo?																

	A	Sigue ordenes de: por dentro, encima, detrás, debajo Se lava brazos y cara Se cepilla los dientes por sí solo																	
--	----------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FIRMA DEL ESTUDIANTE: _____

DOCENTE: _____