

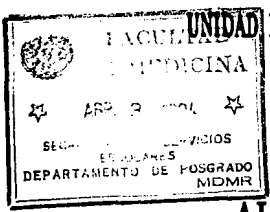
11222

N:8
257



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

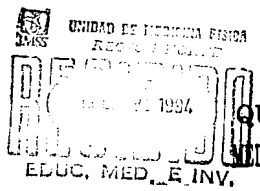


UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION REGION NORTE

ALGORITMO DE TRATAMIENTOS PARA EL PACIENTE PEDIATRICO EN LA U. M. F. R. R. N.

Vob
[Signature]

[Signature]
310194



TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

PRESENTA

DRA. MARTHA ESTHER MAQUEO MARQUEZ

Vob
[Signature]
310194



México, D.F.
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TITULO

**ALGORITMO DE TRATAMIENTOS
PARA EL PACIENTE PEDIATRICO
EN LA U.M.F.R.R.N.**

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

**DRA. MARTHA ESTHER MAQUEO MARQUEZ
MEDICO RESIDENTE DEL TERCER AÑO DE
LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FISICA
Y REHABILITACION, U.M.F.R.R.N. DEL IMSS.**

ASESORES:

**DR. IGNACIO DEVESA GUTIERREZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDI-
CINA FISICA Y DE REHABILITACION
DE LA REGION NORTE, DEL IMSS.**

**DRA. GEORGINA MALDONADO JIMENEZ
MEDICO ADSCRITO AL MODULO DE
PEDIATRICOS DE LA UMFRN DEL IMSS.**

I N D I C E

	PAGINA
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
OBJETIVOS	8
MATERIAL Y METODOS	9
ALGORITMOS DE TRATAMIENTO	35
RESULTADOS	42
DISCUSION	44
CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFIA	47

SE ENNOBLECE LA VIDA:

CULTIVANDO TRES COSAS:

LA BONDAD, LA SABIDURIA Y LA AMISTAD

BUSCANDO TRES COSAS:

LA VERDAD, LA FILOSOFIA Y LA COMPRESION

AMANDO TRES COSAS:

LA CABALLEROSIDAD, EL VALOR Y EL SERVICIO

GOBERNANDO TRES COSAS:

EL CARACTER, LA LENGUA Y LA CONDUCTA

APRECIANDO TRES COSAS:

LA CORDIALIDAD, EL CONTENTO Y LA DECENCIA

DEFENDIENDO TRES COSAS:

EL HONOR, LOS AMIGOS Y LOS DEBILES

ADMIRANDO TRES COSAS:

EL TALENTO, LA DIGNIDAD Y LA GRACIA

EXCLUYENDO TRES COSAS:

LA IGNORANCIA, LA OFENSA Y LA CALUMNIA

COMBATIENDO TRES COSAS:

LA MENTIRA, EL OCIO Y LA ENVIDIA

CONSERVANDO TRES COSAS:

LA SALUD, EL PRESTIGIO Y EL BUEN HUMOR

DEDICATORIA

A DIOS

**POR DARME LA VIDA, UNA FAMILIA Y LA
OPORTUNIDAD DE REALIZARME**

**A MIS HIJAS:
ESTHER DEL CARMEN
SUSANA IVONNE**

**POR SU MOTIVACION, POR SU AMOR,
POR QUITARLES UN POCO SE SU
TIEMPO PARA PODER LLEGAR A UNA DE
MIS METAS. ESTOY EN DEUDA CON
USTEDES**

**A MIS PADRES:
IMPULSO,**

**POR SU EJEMPLO DE LUCHA, SU
AMOR Y APOYO**

**A MIS TIOS:
ARMANDO Y
LILIA**

**POR SUS PALABRAS DE ALIENTO Y
CONSEJOS**

A JORGE:

**POR SU COMPAÑIA, SU PACIENCIA Y SU
CARIÑO**

AGRADECIMIENTOS

- 1.- DR. IGNACIO DEVESA GUTIERREZ
- 2.- DRA. GUÁDALUPE GARCIA V
- 3.- DRA. DORIS B. RIVERA IBARRA
- 4.- DR. CARLOS CASTELLANOS L
- 5.- DRA. MA. DE LA LUZ MONTES CASTILLO
- 6.- DRA. LAURA M. TORRES GARCIA
- 7.- DRA. GEORGINA MALDONADO JIMENEZ
- 8.- DRA. ROMINA ALANIS VELAZQUEZ
- 9.- DRA. MA. TERESA SAPIENS MENDEZ
- 10.- DR. DAVID ESCOBAR RODRIGUEZ
- 11.- DRA. MARISELA ANDRADE
- 12.- DRA. MA. ELENA MAZADIEGO

POR SUS EXPERIENCIAS, ENSEÑANZA Y EJEMPLO DEL
PROFESIONAL
DE LA REHABILITACION

DRA. DORIS B. RIVERA IBARRA
POR SU AMISTAD, SU APOYO Y
SU CONSEJO

DRA. ALEJANDRA TORRES GONGORA
POR SU ENSEÑANZA Y PACIENCIA EN
MI FORMACION

DRA. GEORGINA MALDONADO JIMENEZ
POR LA OPORTUNIDAD DE TRABAJAR
JUNTAS.

LIC. MIGUEL IBAÑEZ GONZALEZ
POR SU CAPACIDAD DE HACER AMIGOS
Y APOYARLOS

A TODOS LOS QUE CONTRIBUYERON EN MI FORMACION
COMO ESPECIALISTA

GRACIAS

**LA AMISTAD ES UNA PLANTA QUE CRECE CON
LENTITUD Y TIENE QUE AGUANTAR LAS SACUDIDAS
DE LA ADVERSIDAD ANTES DE MERECEER SU NOMBRE**

A ELIEZER, MARGARITA, NORMA, ADRIANA Y LAURA

POR TODOS LOS MOMENTOS COMPARTIDOS

**DAR PRODUCE MAS FELICIDAD QUE RECIBIR,
NO PORQUE SEA UNA PRIVACION SINO PORQUE
EN EL ACTO DE DAR ESTA LA EXPRESION DE
MI VITALIDAD**

**A TODOS MIS PACIENTES, PARTE FUNDAMENTAL DE
MI FORMACION**

INTRODUCCION

Se calcula que en nuestro país el 10% de la población sufre algún tipo o grado de discapacidad y de estos aproximadamente 3 millones son niños (7).

Este tipo de problemática limita el desarrollo del individuo situándolo en desventaja, al condicionarle desajustes físicos mentales, económicos y sociales empobreciendo su calidad de vida, lo cual crea la necesidad de prevenir la discapacidad, o de no ser posible tratar de desarrollar al máximo las capacidades y potenciales del individuo que e le pueden colocar en iguales condiciones entre los demás, si se detectan en forma temprana dichas alteraciones habrá resultados más satisfactorios. (6, 7, 10, 28).

Por lo que el objeto de este estudio es presentar un método de trabajo que durante mucho tiempo se ha venido gestando en esta institución, por el aporte científico integrado a través de una gran comunicación en todos los niveles y sentidos, desarrollando se algoritmos de atención del módulo de pediátricos para las patologías que más frecuentemente reclaman atención en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de la Región Norte, dentro de un programa integral, ya que la rehabilitación es un puente que el paciente debe recorrer en toda su extensión, para reintegrarse a la comunidad con sus máximas aptitudes. (6, 7, 10, 11, 28)

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La detección oportuna del daño neurológico infantil es una actividad prioritaria en el contexto de la invalidez y rehabilitación; su elevada incidencia la coloca entre las prioridades de salud pública por su potencialidad invalidante en el desarrollo del individuo que se manifiesta tanto en niveles básicos de ejecución funcional como en las expresiones conductuales de interacción social más refinada y características del ser humano.

Hasta la fecha, es experiencia común a las instituciones asistenciales que la detección, el diagnóstico y la atención de las lesiones neurológicas invalidantes se realiza tardíamente, es decir una vez que las fases críticas para el desarrollo de las expresiones conductuales en cuestión han pasado, y se han establecido secuelas y patrones funcionales patológicos, es decir cuando las capacidades plásticas y de aprendizaje del sistema nervioso son las mejores.

(1,2,3,4,5,6,7).

La detección y el diagnóstico tardío están condicionados, entre otras razones por el conocimiento generalizado tanto de los márgenes de la normalidad en el desarrollo humano, como en las manifestaciones iniciales y sutiles del daño neurológico. También está condicionado por la falta de criterios explícitos para la interpretación de los hallazgos y la canalización adecuada de los niños que se detectan.

(2,3,4,5,6,7)

El desarrollo psicomotor es un proceso continuo mediante el cuál el niño adquiere habilidades gradualmente más complejas que le permiten interactuar cada vez más con las personas, los objetos y las situaciones de su medio ambiente y utilizar las funciones de aprendizaje e inteligencia por medio de las cuales el pequeño entiende y organiza su mundo. (6,7). También incluye la capacidad de comprender y hablar su idioma, moverse, manipular objetos, la de relacionarse con los demás, modo de sentir y expresar sus emociones. La progresiva adquisición y perfeccionamiento de funciones es llevada a cabo por estímulos recogidos por el sistema aferente, su integración a nivel de sistema nervioso central y su ejecución de funciones por el sistema eferente. (6,7,8,9,10).

Las consecuencias sociales de los padecimientos como son retraso en el desarrollo psicomotor, parálisis cerebral infantil, espina bífida, las distrofias musculares, los síndromes neurológicos como el síndrome de Down y los padecimientos reumáticos, obligan al médico rehabilitador a profundizarse más en el aprendizaje de las técnicas de rehabilitación integral y de la neurofisiología aplicada, ya que estos pacientes tienen un futuro de vida.

El abordaje de la atención del niño discapacitado en forma grupal pone a prueba la capacidad del equilibrio médico-paramédico-familia, para obtener la inserción adecuada del enfermo en su medio biopsicosocial.

En esta labor se conjuga en el equipo tratante, el saber, la sagacidad y sensibilidad expresada a través de una sólida línea conductual para lograr los resultados más adecuados en cada caso y grupo de pacientes .

(2,3,4,5,6,7,10,11,12).

Las algoritmos de diagnóstico y tratamiento deben ser precisos, tanto como el diseño de los esquemas fisioterapéuticos, quirúrgicos, psicológicos, integrándose a una línea de pensamiento lógica de acuerdo a los objetivos que se pretende alcanzar. Todas las actividades de los integrantes del Módulo de Pediátricos deben ser dirigidas de alcance de los objetivos, planteadas al momento de la evaluación inicial de los pacientes.

La Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de la Región Norte, cuenta con 10 módulos para la atención de los derechohabientes, ocupando el 8o. lugar el módulo de pediátricos. En el año de 1992, llamaron la atención en particular los padecimientos que ocupan los primeros lugares de atención pediátrica, tomando en cuenta a los pacientes de primera vez y subsecuentes, se otorgaron 2442, en edades de RN a 16 años. A continuación se mencionan las patologías que se incluyen en cada grupo de atención.

MOTIVOS DE ATENCION PEDIATRICA EN LA UMFRN 1992

1.- PROBLEMAS ORTOPEDICOS Y TRAUMATOLOGICOS.	792 consultas
2.- PARALISIS CEREBRAL INFANTIL	580 "

<p>3.- RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR (prenatales, perinatales, posnatales).</p>	402	"
<p>4.- TRASTORNOS DEL LENGUAJE</p>	230	"
<p>5.- SINDROMES NEUROLOGICOS. (congénitos, adquiridos, Sx de Down, genopatías, EVC, TCE, - mielitis transversa, polineuropatías hereditarias, Guillian Barré, Enf. del asta anterior, lesión medular).</p>	204	"
<p>6.- LESIONES DE NERVI0 PERIFERICO (lesión de plexo-braquial, parálisis facial periférica lesiones nerviosas periféricas, traumáticas, mono neuropatías por qui- - mioterapia, etc.)</p>	136	"
<p>7.- ESPINA BIFIDA-MIELOMENINGOCELE (Arnold Chiari tipo I, II, III, o Lx congénita de cadera como secuela).</p>	64	"
<p>8.- MIOPATIAS-DISTROFIAS. (Distrofias ligados al cromosoma X, autosómicas dominantes, recesivas, - miopatías inflamatorias, congénitas, - metabólicas, endocrinas. Sx miotónico).</p>	34	"

Anteriormente la atención del paciente pediátrico proporcionada durante las primeras 48 horas a su ingreso a la unidad, posterior a ser evaluación se impartían diez sesiones de tratamientos en las áreas de terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, de lunes a viernes, 1-2 horas al día durante 2-5 semanas.

Posteriormente son egresados para ser controlados en la unidad de Medicina Familiar correspondiente en base al alcance de los objetivos de tratamiento establecidos en su consulta final.

Este programa se efectuó hasta Agosto de 1993, sin lograr cubrir las expectativas tanto de los padres como de los pacientes, por lo que se efectuó un análisis de lo realizado y se llegó a las siguientes conclusiones:

- 1.- Los objetivos de rehabilitación de estos pacientes, generalmente se alcanzan a largo plazo, lo que hace que se saturen las áreas de tratamientos.
- 2.- Algunos familiares no logran aprender el programa de tratamientos por lo que se hacen dependientes de la unidad.
- 3.- La mayoría de los familiares expresan su descontento por tener un periodo corto de tratamiento, a pesar de tener varias horas de duración.

4.- El personal encargado de las áreas de terapia física y terapia ocupacional, es egresado de diferentes escuelas, lo que hace que se establezcan diferentes criterios en el manejo de estos pacientes, no existe uniformidad de tratamiento por área, por lo que en ocasiones se repiten y contraponen las modalidades terapéuticas.

Por todo lo anterior a partir de Noviembre de 1993, se planteó como objetivo el pretender impartir, un esquema de terapia más acorde con las necesidades de los pacientes y sus familiares, tratando de involucrar a todo el personal pertinente para el mismo y delimitar las acciones aplicables a cada área, trabajando en forma grupal.

OBJETIVO

**ESTABLECER Y EVALUAR UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO,
PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCION PEDIATRICA, EN EL
AREA DE CONSULTA EXTERNA Y DE TRATAMIENTOS DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION DE LA REGION NORTE.**

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo se elaboró en la delegación I Noroeste del D.F. del IMSS en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de la Región Norte, con población pediátrica derechohabiente.

Este se dividió en cinco etapas secuenciales:

ETAPA I.- SELECCION DEL PERSONAL IDONEO PARA EL MODULO DE PEDIATRICOS.- Se efectuó una primera selección entre el personal, médico de base, residente del tercer año, terapistas físicos, terapistas ocupacionales, terapistas recreativos, psicólogos, enfermeras, terapistas del lenguaje, trabajadoras sociales. En base a su experiencia en el campo de la pediatría, disponibilidad para trabajar con el paciente pediátrico en un ambiente cordial y con actitudes adecuadas hacia el niño y sus familiares.

Se contó con la ayuda de los jefes de consulta externa, y del área de tratamientos y anuencia del director de la unidad, para cumplir esta etapa.

ETAPA II.- CAPACITACION DEL PERSONAL.-

2.1.- El médico de base y el residente del 3er. año, recibieron adiestramiento en el área de pediatría durante 7 meses, en el Hospital de Pediatría de CMN SXXI DEL IMSS.

2.2.- El personal de terapia física, terapia ocupacional, enfermería, recibió capacitación por el médico de base y el residente del 3er. año, durante dos horas dos veces a la semana, sobre puntos básicos del programa a implementar, bases neurofisiológicas del tratamiento, y formación de grupos de tratamientos, así como objetivos que deben alcanzar de acuerdo al padecimiento y limitaciones físicas, psicológicas o sociales del paciente discapacitado.

2.3.- El área de enfermería recibió adiestramiento para ser capaz de informar y capacitar a padres, sobre temas como alimentación, vestido, aseo., cuidados del niño discapacitado y manejo del intestino y vejiga neuropáticas, en el niño discapacitado.

2.4.- Terapia del lenguaje.- Se capacitó al personal del servicio de comunicación humana, puntualizando la valoración del paciente pediátrico, adiestramiento del programa de casa y tratamiento específico dentro de la unidad.

2.5.- Psicología.- Se capacitó al personal del servicio de psicología para la valoración del paciente pediátrico en base a detección de coeficiente intelectual, personalidad, edad mental, psicoterapia de apoyo a padres y niños en forma individual y grupal.

2.6.- Trabajo social.- Se capacitó al personal de este servicio, para lograr en los padres de los pacientes peditáremos, una actitud responsable y participativa, en el tratamiento rehabilitatorio del menor y para reforzar las condiciones del padecimiento de sus hijos a través de integración de grupos educativos.

Se formó un directorio de escuelas e instituciones que proporciona servicios a menores con diagnóstico de parálisis cerebral infantil, retraso en el desarrollo psicomotor, problemas visuales, auditivos o del lenguaje, etc. Para la canalización adecuada de los pacientes.

2.7.- Terapia recreativa.- En esta área se capacitó al personal de este servicio social con Título en Administración del Tiempo Libre, para realizar las actividades correspondientes al terapeuta recreativo. Se puntulizaron objetivos a lograr en cada grupo de tratamientos y bases neurofisiológicas del mismo.

ETAPA III. ELABORACION DEL ALGORITMO DE ATENCION MEDICA Y DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE PEDIATRICO.

Un algoritmo es una serie de pasos ordenados que llevan a un resultado o es una secuencia ordenada de pasos exenta de ambigüedades que llevan a la solución de un problema.

Los algoritmos que se realizaron en este trabajo se refieren a las patologías más frecuentemente encontradas en la atención del paciente pediátrico.

ESTAS SON:

- 1.- PARALISIS CEREBRAL INFANTIL
- 2.- RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR
- 3.- DISTROFIAS MUSCULARES O MIOPATIAS
- 4.- MIELOMENINGOCELE O ESPINA BIFIDA
- 5.- SX DE DOWN DE LAS GENOPATIAS
- 6.- PLEXO BRAQUIAL, COMO LESION NERVIOSA PERIFERICA MAS FRECUENTE
- 7.- ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL DE LAS ENFERMEDADES REUMATICAS

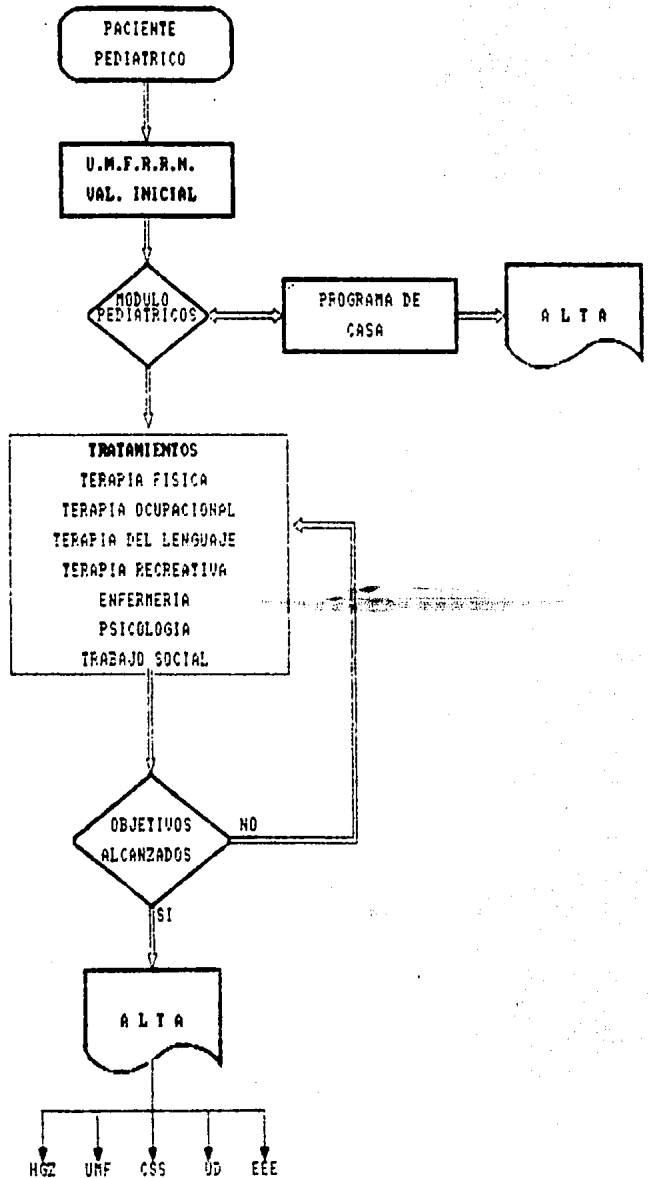
Se presentaron los algoritmos realizados, al personal administrativo para su aprobación, Director de la unidad y jefe de consulta externa y área de tratamientos.

ETAPA IV.- Después de haberse concluido las tres etapas anteriores, se implantó el programa de algoritmos de atención médica y tratamientos para el módulo de pediátricos el 15 de noviembre de 1993.

ETAPA V.- ASESORIA A LOS INTEGRANTES DEL MODULO DE PEDIATRICOS POR EL PERSONAL MEDICO RESPONSABLE

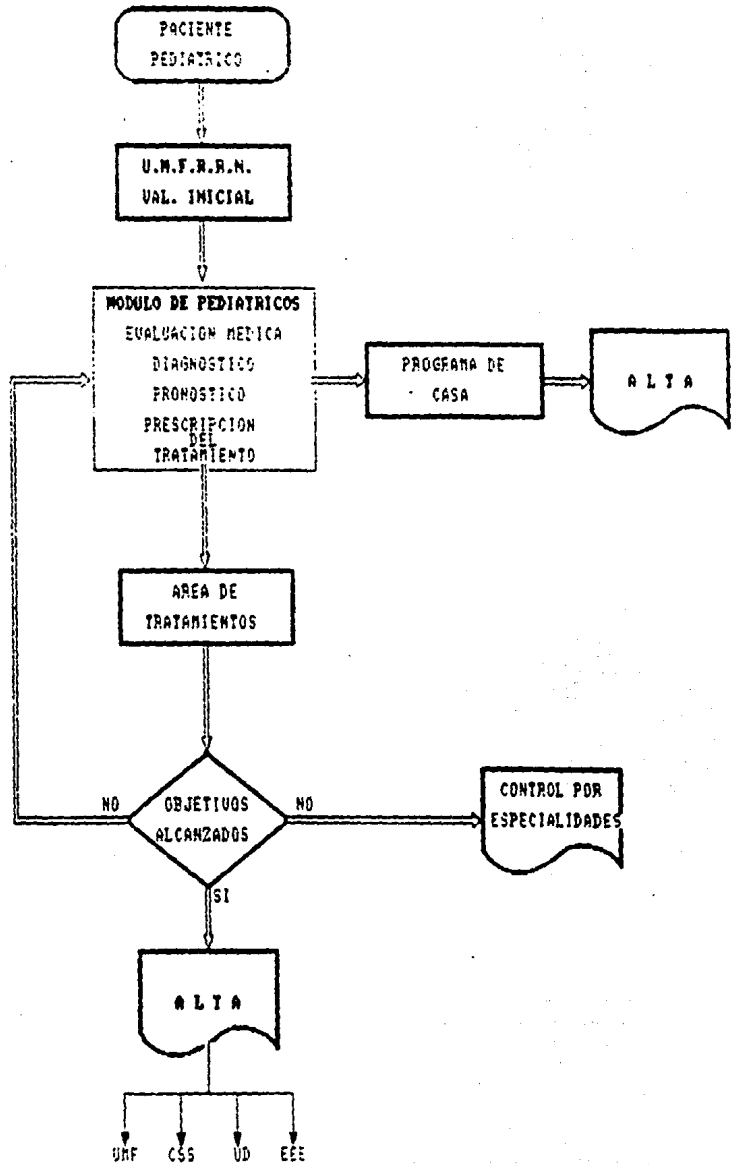
Se efectúa asesoría al personal del módulo de pediátricos en las áreas de tratamientos, dos horas, dos veces a la semana, valorando el manejo del paciente, con la finalidad de evaluar los avances y ajustar el tratamiento según los objetivos a alcanzar.

**METODOLOGIA
ATENCION DEL PACIENTE PEDIATRICO**



ATENCION DEL PACIENTE PEDIATRICO

CONSULTA EXTERNA



ATENCION DEL PACIENTE PEDIATRICO: AREA DE CONSULTA EXTERNA.-

El paciente pediátrico es recibido por la asistente médica, quien verifica las referencias del paciente y procede a enviarlo al consultorio de valoración inicial. El consultorio de valoración inicial es atendido por un médico especialista en medicina física y rehabilitación, quien posterior a recibir al paciente, revisar su información procede a la valoración médica inicial, determinando su ingreso o no al módulo de pediátricos.

El paciente es atendido posteriormente por el médico especialista en medicina física y rehabilitación del módulo de pediátricos, quien valora en forma integral al paciente y efectúa su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Se especifican objetivos generales y específicos, clasificando al paciente candidato al programa de casa o su ingreso al área de tratamientos.

El terapeuta y la enfermera proporcionan información general al familiar sobre el manejo del paciente, dependiendo de la patología. El programa educativo se refuerza con modelos, (muñeco de vinil), en los que el familiar, practica las técnicas de tratamientos, y se refuerza también la formación con folletos, dando se explica el procedimiento de cada ejercicio, el número de veces a realizarlo y el tiempo de duración.

La revaloración del programa de casa del módulo de pediátricos, se llevará a cabo cada dos o seis meses del momento del alta de acuerdo con los objetivos trazados a alcanzar.

Si se decide su ingreso al área de tratamientos, pasará al área correspondiente, terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, psicología y trabajo social.

Los pacientes que ingresan al área de tratamientos se valoran:

- 1.- Consulta externa posterior al término de sus tratamientos.
- 2.- En el momento de que el médico supervisa sus terapias en las áreas de terapia física y terapia ocupacional.

Si el momento de la revaloración no se han alcanzado los objetivos trazados se procede a:

- 1.- Continuar con programa de casa.
- 2.- Enviar al paciente nuevamente al área de tratamientos.

El paciente en el momento de su alta se canaliza a:

- 1.- Programa de casa, con nuevo envío por médico familiar al alcanzarse los objetivos especificados por el médico especialista en rehabilitación.
- 2.- Pasa a CSS o UD del IMSS.
- 3.- Pasa a control a UMF o HGZ
- 4.- Interconsulta por la especialidad que amerite la
- 5.- Pasa a escuelas de educación especial, con información correspondiente al caso.

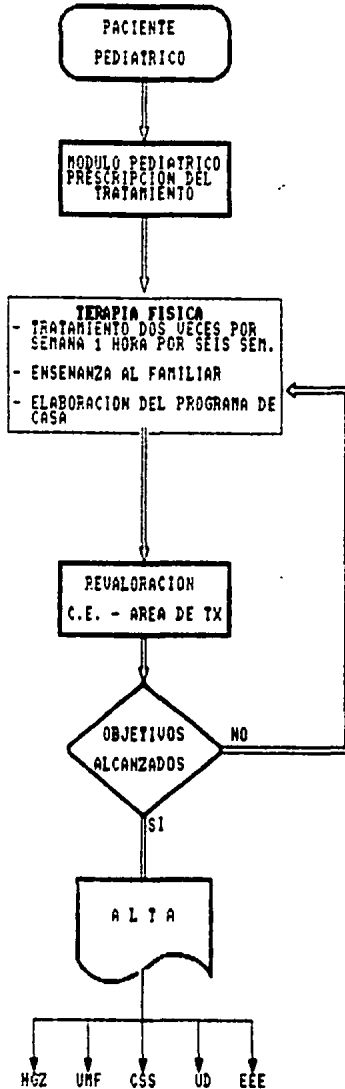
El médico encargado del módulo de pediátricos:

1.- Destina 1 hora diaria dos veces a la semana, para asesoría de las áreas de tratamientos.

2.- Participa activamente con el personal técnico en el programa educativo a padres, cada dos semanas, por medio de pláticas para información general, sobre los padecimientos de los niños, su evolución y manejo.

3.- Realiza reuniones semanales con el personal del equipo interdisciplinario para analizar objetivos de tratamiento.

ATENCION DEL PACIENTE PEDIATRICO
TERAPIA FISICA



ATENCION AL PACIENTE PEDIATRICO: TERAPIA FISICA

El programa de ejercicio consta de dos partes, la primera tiene como objetivo estimular el desarrollo psicomotor, de acuerdo a la edad del desarrollo y la segunda comprende ejercicios específicos para modificar o corregir alteraciones neurológicas.

EJERCICIOS PARA FAVORECER DESARROLLO

1.- ESTIMULACION TACTIL.- Información propioceptiva inconsciente a nivel de receptores de piel.

2.- PRESIONES ARTICULARES.- Información propioceptiva inconsciente a nivel de articulaciones y músculos de extremidades, favorecen la integración de esquema corporal.

3.- RODEOS.- Estimulación propioceptiva inconsciente, a través de sistema vestibular en forma pura.

4.- ABRAZO.- Información propioceptiva inconsciente que favorece la **primera disociación**, de cintura escapular, logrando el control mano-boca tiene como máximo de adquisición de 3/12, seguido de la segunda disociación, ojo-mano-boca.

5.- BOCA ABAJO ROLLO.- Información propioceptiva y exteroceptiva inconsciente, a través de enderezamiento cervical, visual, adaptación a la posición de la cabeza, movilidad espontánea **par favorecer** control de cuello.

6.- RODAMIENTOS.- Estimulación propioceptiva y exteroceptiva inconsciente a nivel de cuello, miembros torácicos y pélvicos, donde se **favorece la tercera disociación**, de cintura pélvica y cintura escapular.

7.- LLEVAR A SENTADO.- Información propioceptiva y exteroceptiva inconciente y estimulación vestibular, a través de enderezamientos cervicales y visuales, que favorecen la apertura de manos y defensas hacia abajo y la posición de sentado.

8.- SEDESTACION.- Favorece la posición de sentado a través de propiocepción inconciente a nivel de articulaciones y músculos y favorece la cuarta disociación, de extremidades entre si.

9.- DEFENSA DE SEDESTACION.- Estimula el equilibrio del tronco, posterior al dominio del mismo, bajo la estimulación propioceptiva inconciente y visuales de posición.

10.- ARRASTRES.- Información propioceptiva y exteroceptiva inconciente de extremidades, e información a sistema límbico de movimientos ya genéticamente establecidos.

11.- GATEO.- Información propioceptiva y exteroceptiva inconciente y visuales de posición e información a sistema límbico de movimientos ya genéticamente establecidos. Favoreciendo el apoyo en 4 puntos e inicia el gateo, favoreciendo la 5a. disociación de segmentos entre si.

12.- HINCADO.- Información propioceptiva y exteroceptiva inconciente y visuales de posición, que favorecen la posición de pie.

EJERCICIO PARA CORREGIR DAÑO NEUROLOGICO

- 1.- LIBERACION DEL PULGAR.- Cuando hay atrapamiento del pulgar.
- 2.- DESENSIBILIZACION DE LA PLANTA DEL PIE.- Cuando el reflejo flexor plantar se encuentra incrementado, o cuando presenta puntas a la exploración.

3.- 1-0 DE BOBATH.- Para disminuir tono axial y corregir las posturas de hipertensión de cabeza y cuello.

4.- DISOCIACION DE CINTURAS, PELVICA Y ESCAPULAR.

5.- ALTERNO DE PIERNAS.

6.- PIE HACIA ADELANTE.

7.- CORRER.

Los ejercicios 4,5,6, y 7 son para disminuir tono muscular y para romper patrones totales de postura y movimiento.

8.- PATRONES ESPIRALES DE MIEMBROS TORACICOS.

9.- PATRONES ESPIRALES DE MIEMBROS PELVICOS.

Ambos ejercicios 8 y 9, son para mejorar las actividades coordinadas, mejorar el tono muscular y romper sinergias, así como favorecer la propiocepción inconciente y el esquema corporal.

10.- PIVOTEOS.- Otras de las técnicas que nos ayudan a disminuir el tono muscular incrementado a G Illo IV de la escala de ASWORTH.

11.- DESCARGAS DE PESO.- Favorecen la integración del esquema corporal, básicamente sobre propiocepción inconciente y nos ayuda a incrementar tono.

12.- POSICION BOCA ABAJO SOBRE ROLLO CON DESCARGAS DE PESO.- Favorece la apertura de manos y las defensas hacia adelante.

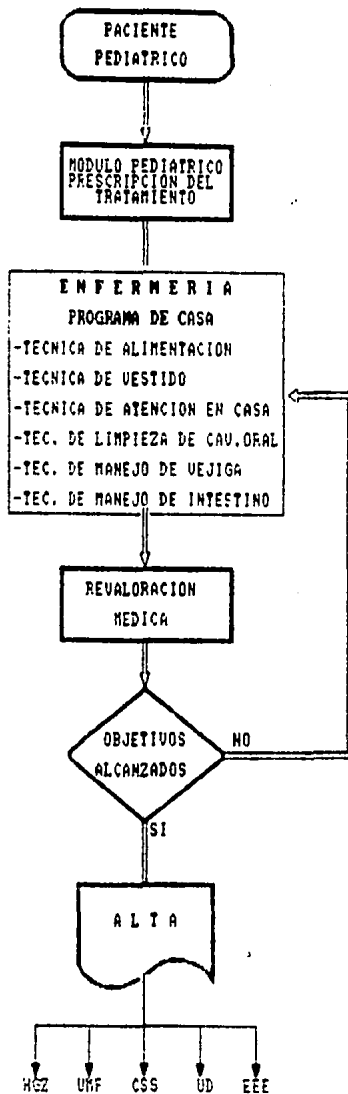
13.- BOCA ABAJO SOBRE LA PELOTA.- Bajo estimulación laberintica nos ayuda a disminuir tono muscular y favorece el control de cuello, y defensas hacia adelante.

14.- BOCA ABAJO SOBRE EL ROLLO CON ESTIMULACION PARA VERTEBRALES.- Favorece el control de cuello a través de incremento de tono axial.

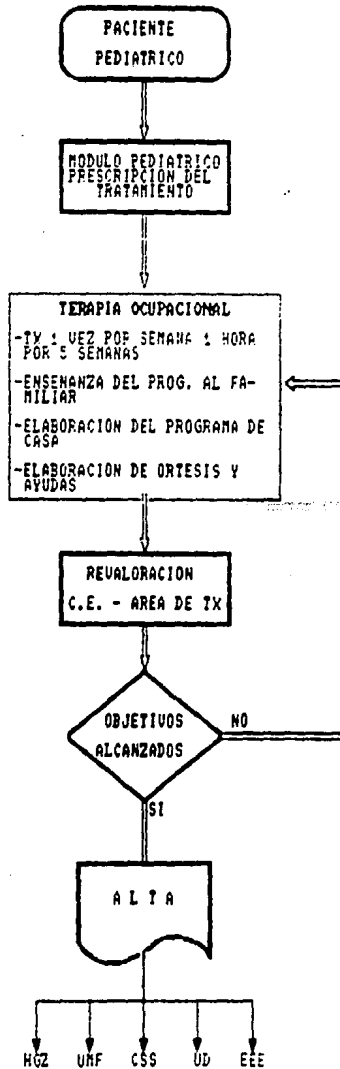
15.- SENTADO SOBRE EL ROLLO.- Estimula el control de tronco y defensas hacia los lados.

16.- SENTADO SOBRE LA PELOTA.- Favorece el control de tronco y las defensas hacia los lados.

ATENCION DEL PACIENTE PEDIATRICO
AREA DE ENFERMERIA



**ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIATRICO
TERAPIA OCUPACIONAL**



ATENCION DEL PACIENTE PEDIATRICO: ENFERMERIA

La enfermera además del familiar, es la persona que se encuentra en contacto continuo con el paciente, por lo que debe estar capacitada para proporcionarle los cuidados necesarios al paciente, y mantenerlo en las mejores condiciones posibles, en este caso en el área de consulta externa por medio de información a los padres, adiestrándolos para continuar el manejo adecuado en su domicilio.

Además de las actividades ya establecidas como su participación, en el consultorio, la enfermera en este caso de atención en el módulo de pediátricos está capacitada para proporcionar información sobre:

TECNICAS DE ALIMENTACION.- Esto va a depender de la edad del paciente, si llega a presentar problemas de succión deglución o masticación, el manejo se canalizará a terapia ocupacional. En casos normales, se otorgará información sobre la consistencia del alimento, la posición en la que se debe otorgar el alimento, el trato al paciente posterior al alimento, y durante el alimento se debe estar verdaderamente en contacto con el paciente, hablándole, cantándole, el horario de la alimentación debe respetarse. Posteriormente cuando ya controle tronco tratar de incorporarlo a la familia a la hora de comer y a la comida familiar. En casos de existir problemas de succión, deglución o masticación, se canalizará a terapia ocupacional.

TECNICA DE VESTIDO.- Este también se llevará a cabo dependiendo de la edad del paciente, tomando siempre en cuenta que su vestido estará de acuerdo a la temperatura ambiente. Recomendando que para moverse debe tener las extremidades libres, no ponerle guantes ni envolverlo. No utilizar ropa apretada o pañales pegados. No ceñirle la cabeza, en el área de dormir cuidar de que las sábanas se encuentren extendidas, y evitar el que algún objeto lo lastime. Posteriormente cuando ruede o gatee el mismo niño pedirá estar más libre para realizar sus actividades.

TECNICAS DE ATENCION EN CASA.- Es importante recordar que para que el niño aprenda debe permanecer en constante movimiento y permanecer despierto. Su curiosidad lo llevará a buscar y fijarse en cosas nuevas, e interesantes que se encuentren cerca de él. Para esto se recomienda que no se encuentre siempre en un solo lugar, o posición. No utilizar almohadas porque deja el cuello al aire.

En caso del paciente neurológico, con espasticidad y alteraciones de postura se recomendará el uso de hamacas o cuñas, para mantenerlo relajado, constantes cambios de posición.

Durante estas actividades es importante recordar que aun que parezca que el niño no atiende, hacerle saber que esta con nosotros, acariciándole, cantándole, hablándole, jugar con él tratando que se ría, darle objetos para que trate de manipularlos.

Si ya controló ojo-mano-boca, o tronco y se rueda, tratar de que alcance los objetos de su interés, y realizar con él juegos a distancia, motivando su interés.

Hay que enfatizar que la evolución del niño dependerá en su mayor parte del interés que ponga el familiar en la realización de los ejercicios prescritos por el médico, con el fin de alcanzar los objetivos trazados.

METODO DE LIMPIEZA DE CAVIDAD ORAL.- Una de las facetas más frecuentes olvidadas en la asistencia médica es la referente a odontología, y por las familias donde estas dedican más atención a los problemas médicos que el niño presenta.

Los dos padecimientos odontológicos más frecuentes entre las poblaciones de sujetos discapacitados y no discapacitados son la enfermedad peridontal y la caries dental.

Por lo que se adiestró a la enfermera para que de información adecuada y oportuna para prevenirlos.

Para esto se dispone de un programa preventivo para el niño discapacitado, con objeto de controlar las enfermedades dentales. Un programa típico al respecto puede dividirse en las siguientes partes: Posición del paciente, exposición de las placas con aplicación de soportes para mantener la boca abierta, limpieza de las superficies interdetales, cepillado y aplicación de flúor.

POSICION DEL PACIENTE.- Debe permanecer erguido, acostado en un sofá, en la cama o en el regazo de la madre, con la madre en la parte posterior de la cabeza, pudiendo abordar paulatinamente la boca del niño.

EXPOSICON.- Se refiere a la localización de las partes de la cavidad bucal, encías, dientes y localización de placas.

APLICACION DE SOPORTES PARA MANTENER LA BOCA ABIERTA.- Esta fase se realiza con aditamentos que venden en el comercio, o fabricarlos con 4 o 5 abatelenguas, con gaseas entre ellos y amarrados con tela adhesiva.

LIMPIEZA DE LAS SUPERFICIES INTERDENTALES.- Se realiza con hilo dental o nylon, enrollándolo en los dedos medios del que ejecuta la acción, y se realiza el movimiento entre los dientes del cuerpo hacia arriba y abajo en varias ocasiones, más enérgico al principio, posteriormente más lento.

CEPILLADO.- En pacientes con retraso grave o con incapacidad física severa no sigue ninguna técnica, limitándose a cepillar solamente. La técnica de cepillado en caso de poder aplicarse, consiste en la angulación de las cerdas del cepillo a 45°. sobre los dientes, mediante uso de ligera presión se hace vibrar el cepillo hacia atrás y adelante, surcos encías y dientes, repitiendo en varias ocasiones, posteriormente se imprime un movimiento rotatorio. Hasta cubrir la arca entera.

APLICACION DE FLUORURO.- Se recomienda se realice por el personal calificado. En un momento dado se recomienda el uso de tabletas o gel de uso domiciliario una vez al día posterior al cepillado dental.

TECNICA DE MANEJO DE INTESTINO.- Recordamos que en todo paciente neurológico, una alteración en la evacuación de la materia fecal se presenta a consecuencia de la disminución de la motilidad, una dieta adecuada baja ingesta de líquidos, algunos medicamentos, alteraciones en la sensibilidad y debilidad muscular. Siendo la más frecuente la constipación. En este caso la enfermera está capacitada para dar información dietética, que tipos de alimentos ingerir, ricos en fibra, y tomar abundantes líquidos.

La técnica de reeducación de intestino consiste en que se lleve a cabo a la misma hora, para que sea una reeducación verdadera, y el paciente y el familiar pueda sentirse seguro durante el día.

En el momento de la evacuación se debe:

- a) realizar el masaje 15 minutos posterior a la ingestión de alimentos.
- b) Masaje abdominal profundo previa aplicación de aceite en marco cólico, colocando la mano sobre la fosa iliaca derecha, la mano contraria sobre los dedos de la primera, ejerciendo presión y movimientos circulares, avanzando sobre marco cólico hasta fosa iliaca izquierda de 3-5 minutos.
- c) En este momento ejercer presión hacia abajo con la finalidad de evacuar la ampolla rectal.

TECNICA DE MANEJO DE VEJIGA. TECNICA DE CREDE.-
Corresponde también al manejo de vejiga neuropática, que se presenta en pacientes con mielomeningocele, y se comporta como flácida. Esta técnica requiere disciplina, aplicarla en el mismo horario todos los días.

Consiste en:

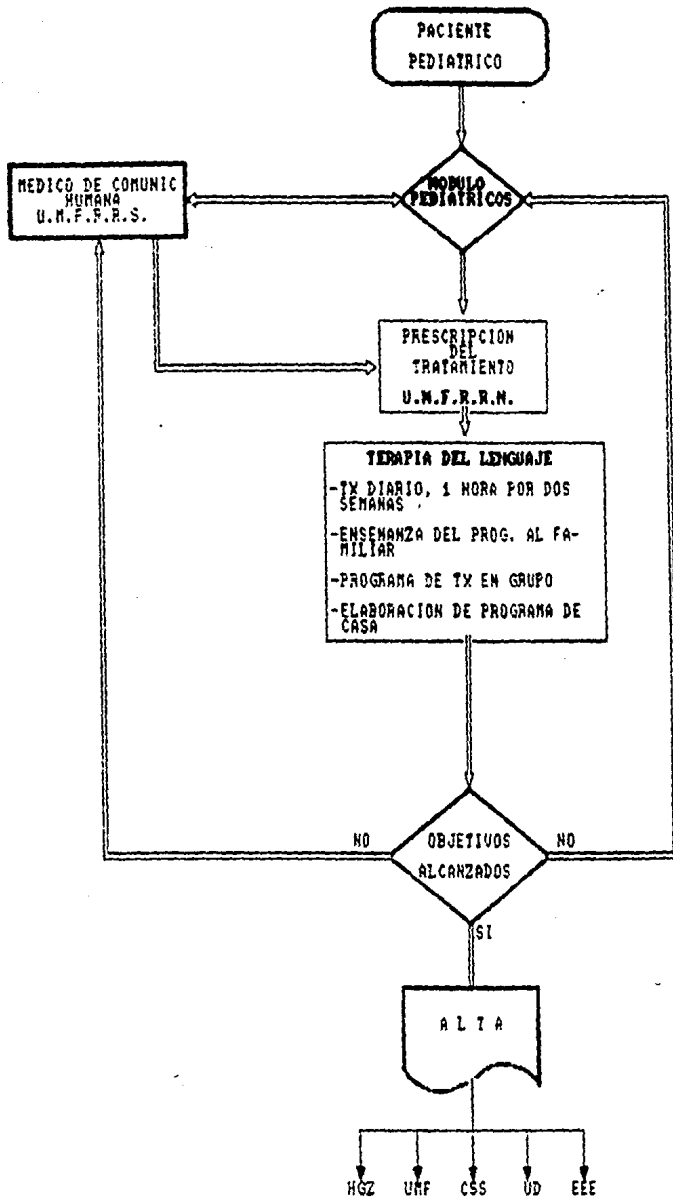
a) Localizar con la palma de la mano, la vejiga, 3 traveses de dedo arriba de la sínfisis del pubis.

b) Ejercer presión hacia abajo con la finalidad de abrir el esfínter externo y vaciar la vejiga, se realizan dos intentos fuerte.

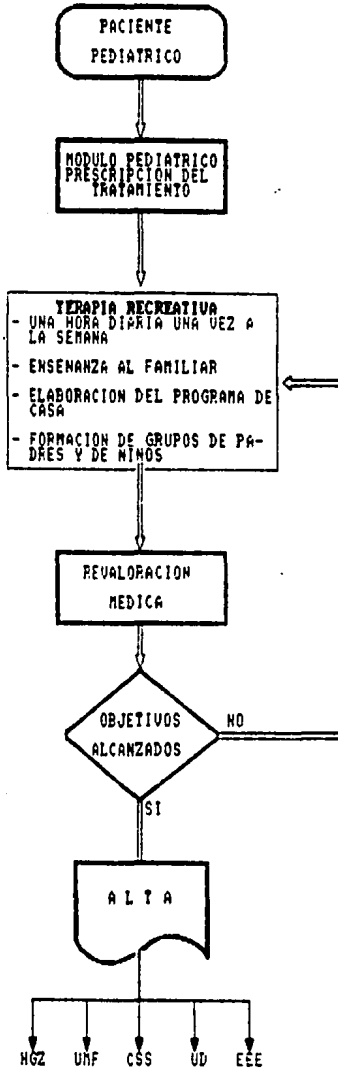
c) Para mayor comodidad de esta maniobra, realizarla con rodillas flexionadas y caderas en abducción.

(8,10,13,17,23,24,31).

ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIATRICO
TERAPIA DEL LENGUAJE



**ATENCION DEL PACIENTE PEDIATRICO
TERAPIA RECREATIVA**



ATENCION DEL PACIENTE PEDIATRICO: TERAPIA RECREATIVA

El terapeuta recreativo es el encargado de proporcionar:

a) Asesoría de los pacientes de acuerdo a sus intereses, nivel de participación, conocimientos y habilidades para que mejore su funcionamiento emocional y su nivel participativo, en el proceso de la rehabilitación.

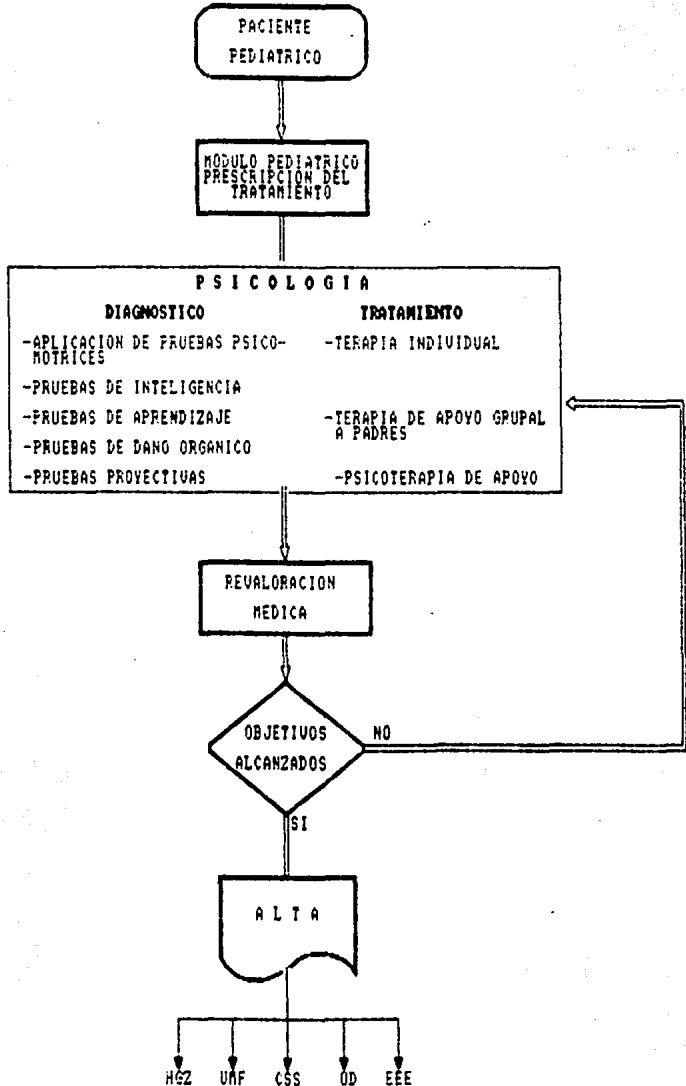
b) Educación del discapacitado en actividades de tipo recreativas, concentrándose en sus actividades por medio de entrenamiento físico, la adaptación a diferentes deportes, la adquisición de nuevas habilidades y el desarrollo de actividades sociales.

c) Uso de actividades recreativas para:

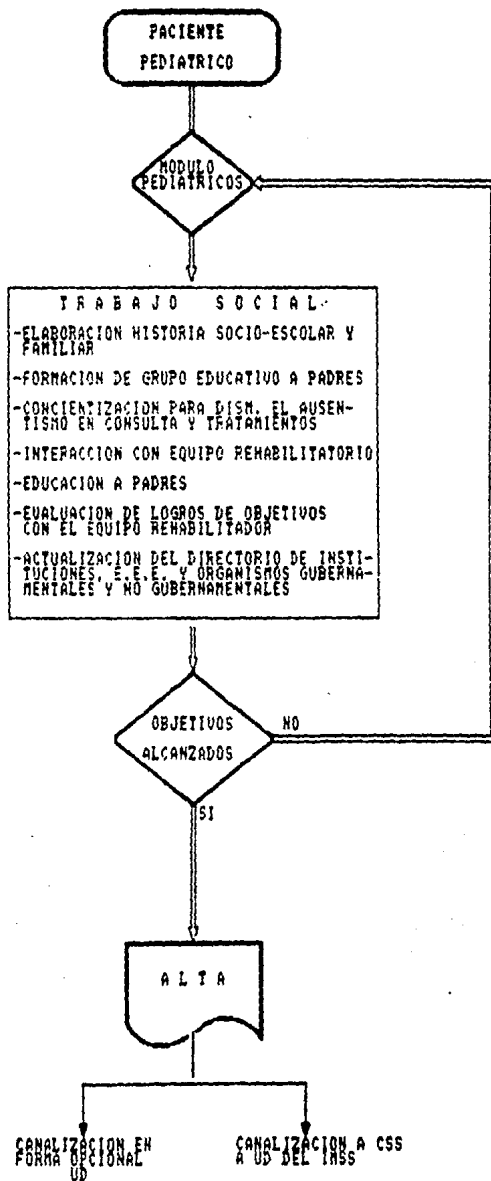
- Aumentar o mantener la fuerza física, las habilidades sociales y la motivación.
- Aceptar la discapacidad.
- Facilitar la reincorporación del discapacitado a su familiar.
- Disminuir la presencia de conductas atípicas.
- Aumentar la independencia y lograr la integración del discapacitado a su comunidad. (26)

- Se formaron dos grupos de terapia recreativa, en el primero se impartió educación a padres en actividades recreativas ya que ellos son los que más participan en estas, y el segundo grupo formado por niños que realizaron actividades dependiendo de sus capacidades y objetivos a alcanzar. Con la terapia recreativa se logró la participación conjunta de los padres con sus hijos, en juegos, trabajos manuales, destrezas psicomotoras y actividades de tipo deportivo.

ATENCION DEL PACIENTE PEDIATRICO
PSICOLOGIA



ATENCION DEL PACIENTE PEDIATRICO
TRABAJO SOCIAL



ALGORITMOS

DE

TRATAMIENTO

U.M.F.R.R.M.
VAL. INICIAL



ALTA CON PROG.
DE CASA REVAL.
BIMENSUAL

PROGRAMA DE REHABILITACION GENERAL

- FAVORECER DESARROLLO PSICOMOTOR
- EVITAR CONTRACTURAS
- MANEJO DE POSTURA
- MANEJO DE TONO
- MANEJO MOV. ANORMALES
- MANEJO ESTIM. SENSO-RECEPTUAL
- MANEJO DE MOTRICIDAD
- MANEJO DE LENGUAJE
- MANEJO DE CAV. ORAL
- PRESCRIP. DE ORTESIS
- MANEJO CUID. GRALES.
- CANALIZACION EDUC. ADECUADA Y OPORTUNA
- FISIOTERAPIA VULNOMAR

TERAPIA FISICA

- EJ. P/ FAVORICER TONO
- EJ. P/ ROMPER SIMBIOSIS
- EJ. P/ ROMPER PATRONES TOTALES
- EJ. BASICOS DE DISOCIACION Y PIVOTES
- PATRONES ESPIRALES
- EJ. ESTIRAMIENTO
- EJ. P/ FAVORICER DESARROLLO PSICOMOTOR
- USO DE PESO IN ATETOSICOS
- REEDUCACION DE LA MARCHA
- REEDUCACION DE LA MARCHA CON ORTESIS

TERAPIA OCUPACIONAL

- MANEJO DE CAVIDAD ORAL, SUCCION, DEGLUCION, MASTICACION, ETAPA PRELINGUISTICA
- ESTIM. VISUAL, AUDITIVA Y TACTIL
- MANEJO IMAGEN, ESQUEMA CORP. Y LATERALID.
- MANEJO DE POSTURA
- FABRICACION DE ORTESIS
- ADISTRAMIENTO DE LAS ADUN C/ ORTESIS
- MANEJO DE MOTRICIDAD GUESA, FINA Y COORDINACION

TERAPIA RECREATIVA

- ACTIVIDADES DEPORTIVAS, JUEGOS Y DE SALON INDIVIDUAL Y GRUPAL

TERAPIA DEL LENGUAJE

- MANEJO Y ESTIMULACION DEL LENGUAJE
- MANEJO DE ALTERACIONES DEL LENGUAJE

ENFERMERIA

- METODO DE ALINE. VESTID Y CUID. EN CASA
- LIMPIEZA DE CAVIDAD ORAL
- MANEJO DE INTESTINO
- ORIENTACION DIETETICA

PSICOLOGIA

- PSICOTERAPIA DE APOYO FAMILIAR E INDIVID.
- PRUEBAS DE DANO ORGANICO CEREBRAL
- PRUEBAS DE CORFICIENTE INTELCTUAL

TRABAJO SOCIAL

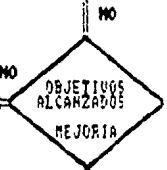
- HISTORIA SOCIO-ESCOLAR Y FAMILIAR
- MANEJO GRUPO EDUCATIVO A PADRES
- ORIENTACION DE SERVICIOS DE ISC. EDUC. ESP.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- POT. IVOC. AUDIS. DE TALLO CEREBRAL
- POT. IVOC. VISUALES

REVALORACION MEDICA

PROG. DE CASA CONTROL NEUROLOGIA



ALTA

HGZ UMF CSS UD

U.N.F.R.N.
VAL. INICIAL



ALTA CON PROG.
DE CASA REVAL.
BISEMANAL

PROGRAMA DE REHABILITACION GENERAL

- FAVORECER DESARROLLO PSICOMOTOR
- PERMITIR NIVELES DE MEDURACION ADECUADOS DEL S.N.C.
- MANEJO DE TONO MUSCULAR
- MANEJO DE MOTRICIDAD GRUESA Y FINA
- FAVORECER EL DESARROLLO DEL LENGUAJE

TERAPIA FISICA

- EJ. P/ FAVORICER DESARROLLO PSICOMOTOR
- EJ. P/ APOLIB SIGNOS DE ALARMA
- EJ. P/ NORMALIZAR TONO

TERAPIA OCUPACIONAL

- ESTIMULACION GRANOS DE LOS SENTIDOS
- ACTIVIDADES PARA MOTRICIDAD GRUESA Y FINA

TERAPIA RECREATIVA

- ACTIVIDADES DEPORTIVAS, JESOS DE SALON INDIVIDUAL Y GRUPAL

TERAPIA DEL LENGUAJE

- PROG. DE ESTIMULACION DEL LENGUAJE
- ESTIMULACION DEL LENGUAJE

ENFERMERIA

- METODO DE VESTIDO, ALIMENTACION, CUIDADO EN CASA
- LIMPIEZA DE CAVIDAD ORAL

PSICOLOGIA

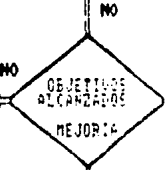
- EVALUACIONES COGNOSCITIVAS
- EVALUACION DE DESARROLLO
- PSICOTERAPIA DE APOYO A PADRES

TRABAJO SOCIAL

- HISTORIA SOCIO-ESCOLAR Y FAMILIAR

REVALORACION MEDICA

PROG. DE CASA
CONTROL
NEUROLOGIA



ALTA

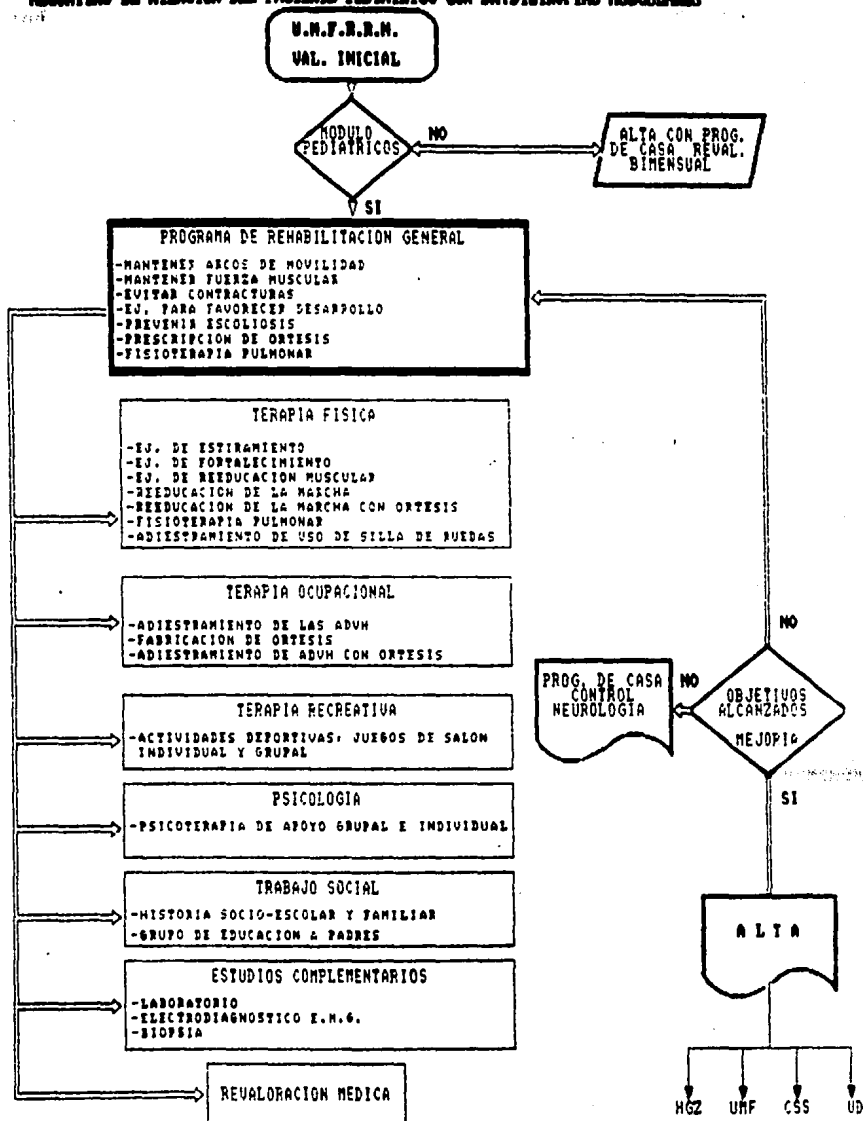
HGZ

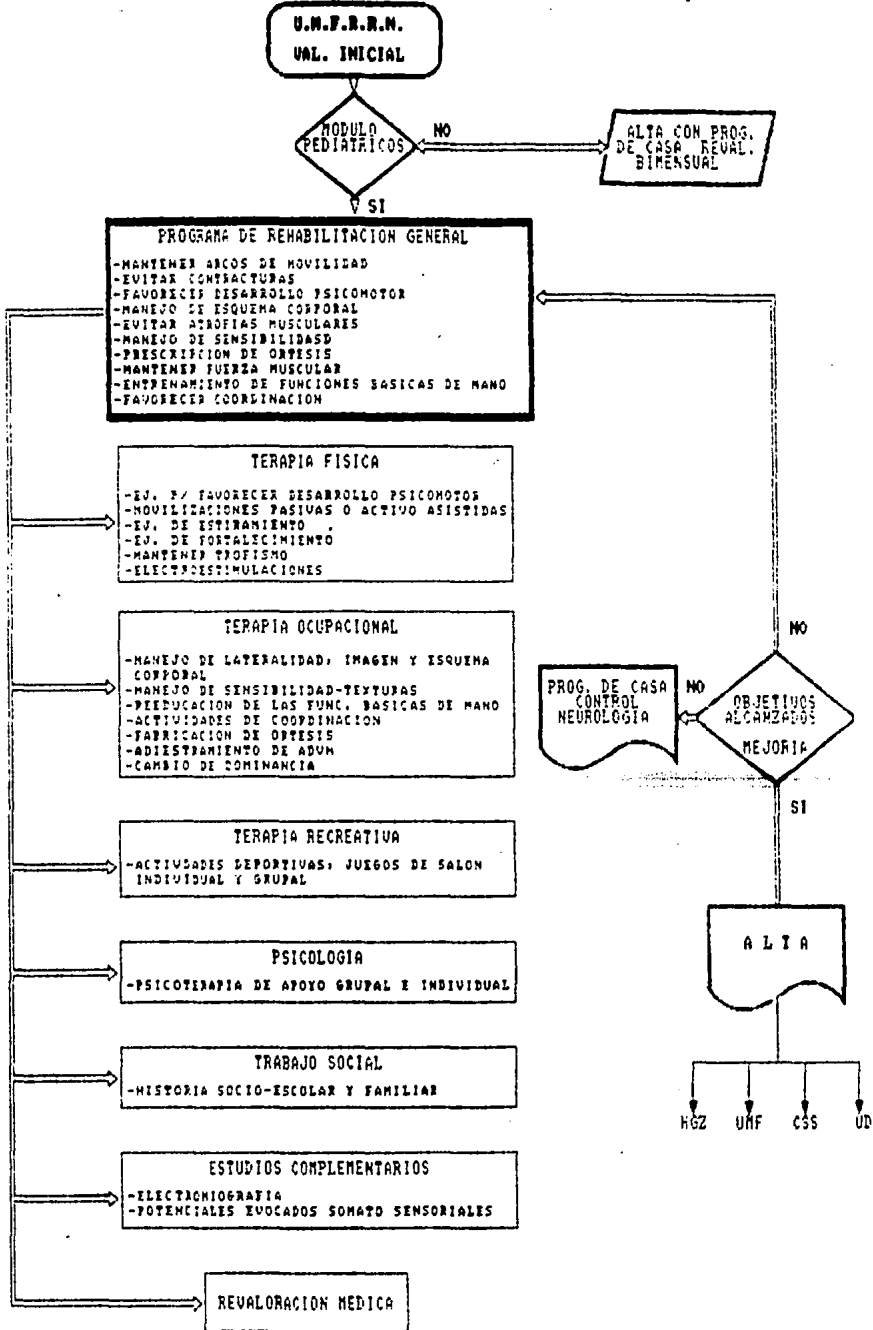
UMF

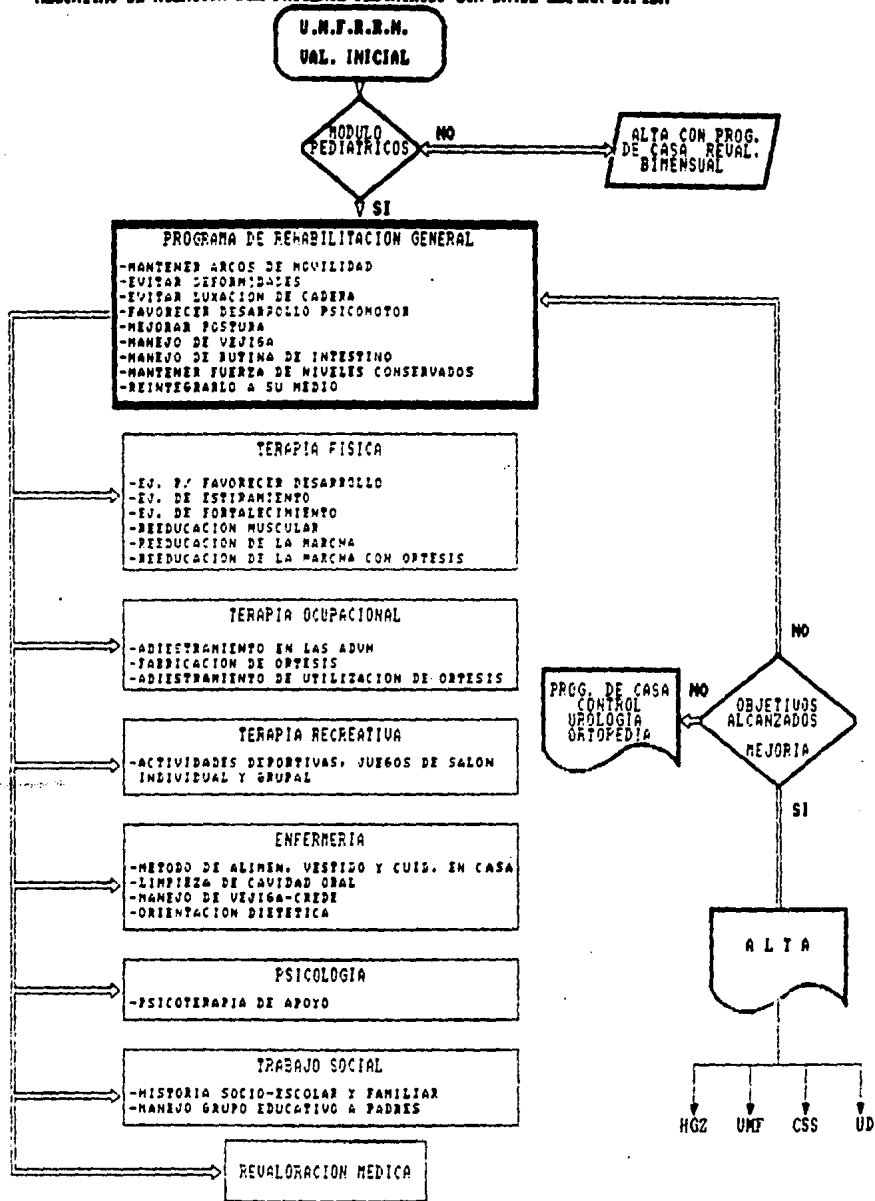
CSS

UD

MANEJO DE ATENCION DEL PACIENTE PEDIATRICO CON EX.DISTONIAS MUSCULARES







U.M.F.R.R.N.
VAL. INICIAL

NIÑOS
PEDIATRICOS

NO

ALTA CON PROG.
DE CASA FEVAL.
EIMENSUAL

SI

PROGRAMA DE REHABILITACION GENERAL

- MANEJO DE DOLOR
- MANEJO DE INFLAMACION
- EVITAR DEFORMIDADES
- EVITAR CONTRACTURAS
- PRESCRIPCION DE OPTICAS
- MANEJO DE POSTURA
- ADIESTRAMIENTO EN LAS ADVM

TERAPIA FISICA

- INDICACION DE MEDIC. FISICOS
- ELECTROTERAPIA, CRIOTERAPIA, MICROTERAPIA
- IMOS CONTRASTANTES
- ESTIRAMIENTOS MUSCULARES
- POTENCIAMIENTO MUSCULAR
- REEDUCACION DE LA MARCHA
- REEDUCACION DE LA MARCHA CON OPTESIS
- ADIESTRAMIENTO DE USO DE SILLA DE RUEDAS

TERAPIA OCUPACIONAL

- MANEJO DE POSTURA
- TECNICAS ANTIDOLOR
- INDICACION DE OPTESIS Y TERLLAS
- ADIESTRAMIENTO DEL USO DE TIRUCIAS
- ADIESTRAMIENTO DE ADVM CON OPTESIS

ENFERMERIA

- TECNICAS DE AUTOCUIDADO, EN CASA HIGIENE Y ESTUDIO

TERAPIA RECREATIVA

- ACTIVIDADES DEPORTIVAS, SEGUN DEBECAS

PSICOLOGIA

- PSICOTERAPIA DE APOYO GENERAL E INDIVIDUAL

TRABAJO SOCIAL

- HISTORIA SOCIO-ESCOLAR Y FAMILIAR

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- ELECTROMIOGRAFIA
- POTENCIALES EVOCADOS SOMATO SENSORIALES

REVALORACION MEDICA

PROG. DE CASA
CONTROL
PEDIATROLOGIA

NO

NO

DESEGUJO
ASOCIACION

SI

ALTA

HOC UMF CSS UB

U.N.F.R.R.N.
VAL. INICIAL



ALTA CON PROG.
DE CASA REVAL.
BIMENSUAL

PROGRAMA DE REHABILITACION GENERAL
-MANEJO DE HIPOTONO
-MANEJO DE DESARROLLO PSICOMOTOR
-ESTIMULACION SENSORIOCEPTIVA MULTIPLE
-MANEJO PRELINGUISTICO
-MANEJO LINGUISTICO
-MANEJO DE APRENDIZAJE
-MEJORAR POSTURA
-MEJORAR COORDINACION
-EVALUACION PERIODICA DE DESARROLLO
-ORIENTACION EDUCACIONAL

TERAPIA FISICA
-MANEJO DE HIPOTONO, PRESION A VIENTRES MUSC, PRESIONES ARTICULARES Y DESCARGAS DE PISO
-EJ. PARA FAVORECER DESARROLLO
-REEDUCACION DE LA MARCHA

TERAPIA OCUPACIONAL
-ESTIMULACION AUDITIVA VISUAL Y TACTIL
-EJ. DE COORDINACION
-MANEJO DE POSTURA
-MANEJO DE CAU, ORAL, SUCCION, DEGLUCION MASTICACION
-MANEJO DE ESQUEMA E IMAGEN CORPORAL
-LATERALIDAD
ADISTRAMIENTO DE LAS ADVM

TERAPIA RECREATIVA
-ACTIVIDADES DEPORTIVAS, JUEGOS DE SALON INDIVIDUAL Y GRUPAL

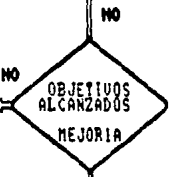
TERAPIA DEL LENGUAJE
-ESTIMULACION COGNOSITIVA
-ESTIMULACION DEL LENGUAJE

PSICOLOGIA
-EVALUACIONES COGNOSITIVAS
-EVALUACION DE DESARROLLO
-PSICOTERAPIA DE APOYO A PADRES

TRABAJO SOCIAL
-HISTORIA SOCIO-ESCOLAR Y FAMILIAR
-MANEJO GRUPO EDUCATIVO A PADRES

REVALORACION MEDICA

PROG. DE CASA
CONTROL
NEUROLOGIA



ALTA

- HGZ
- UMT
- CSS
- UD

RESULTADOS

El programa de implantación de algoritmos de diagnóstico y tratamientos del paciente pediátrico actualmente ha cumplido con su primera etapa que incluye: Selección y capacitación del personal, elaboración del programa de casa y algoritmos de diagnóstico y tratamientos en las áreas de consulta externa y tratamientos.

De noviembre de 1993 a Enero de 1994, se otorgaron 703 consultas, de las cuales 329 (46.5%), correspondieron a las patologías incluidas en los algoritmos elaborados. A 175 pacientes se les proporcionó programa de casa, 85 se les ingresó a las áreas de terapia física, ocupacional o recreativa y 69 pacientes fueron egresados de la Unidad. Con programa de casa.

El resto de los pacientes (53.5%), fué valorado por presentar patologia fuera de los algoritmos manejados, trastornos del lenguaje y problemas traumatológicos y/o ortopédicos.

También se han efectuado otras actividades programadas del módulo de pediátricos, que incluyen reuniones semanales con los demás integrantes del equipo interdisciplinario para evaluación de casos y planeación de objetivos a alcanzar en cada paciente de acuerdo a sus características biológicas, psicologicas y sociales.

Se proporcionó asesoría en las áreas de terapia física, ocupacional y recreativa, para la búsqueda de soluciones a problemas comunes; con la finalidad de evaluar los avances y ajustes del tratamiento, para los objetivos trazados a alcanzar. En los casos que le ameritaron se solicitó interconsulta al servicio que correspondió para controlar oportunamente la patología de fondo; otras actividades incluyeron la calendarización de un programa educativo a padres, cada dos semanas, efectuado en forma alternada entre el personal médico del módulo y el equipo interdisciplinario.

La evaluación del programa educativo a padres reportó un 70% de asistencia, con buenas respuestas e interés por parte de los familiares. Se aplicaron cuestionarios individuales por los asistentes antes y después de las pláticas reparando conocimiento de la patología y manejo antes de las pláticas en 76% y posterior a estas se obtuvo 85% de conocimiento.

DISCUSION

Durante el presente estudio se encontró que la presencia de un terapeuta físico en el área de consulta externa para adiestrar a los padres programas de casa, desde el punto de vista costo-beneficio, permite optimizar las áreas de tratamientos y la integración y participación de la familia en el proceso de rehabilitación del niño discapacitado.

La elaboración de un folleto de ejercicios terapéuticos es útil para reforzar el programa de casa a los padres, encontrando que el 80% de los familiares lo entendieron y efectuaron en el hogar.

Dentro de los problemas que alteraron el desarrollo del plan de trabajo, fueron la incompatibilidad de horarios de los integrantes del equipo interdisciplinario, la falta de recursos financieros para compra de equipo de tratamiento y material educativo, saturación de las diferentes áreas de tratamientos, sobredemanda del servicio de terapia del lenguaje y la escases de personal especializado.

Se sugiere implantar en el futuro dos etapas de trabajo: Etapa I.- Esta etapa consistiría en la integración en forma modular de la atención del paciente pediátrico al programa de rehabilitación integral con extensión a Centros de Seguridad Social y Unidades Deportivas del IMSS. Se efectuaran las siguientes acciones:

1.- Pláticas de concertación con el personal de prestaciones sociales par la sensibilización de la implantación del programa a niños mayores de 6 años en las Unidades deportivas del IMSS (UD), y a niños menores de 6 años a los Centros de Seguridad Social de la Delegación I Noroeste (CSS).

2.- Capacitación del personal de prestaciones sociales en el programa modular de atención pediátrica, con el fin de integrar a los niños con problemas motores de actividades sociales, deportivas y facilitar manejo rehabilitatorio.

3.- Implantación del programa de atención rehabilitatoria pediátrica en CSS y UD, de acuerdo con los objetivos trazados para cada niño, formación de grupos de pacientes con características similares por grupo, con la finalidad de que por medio de actividades físicas, terrestres, acuáticas, se logren los objetivos trazados.

4.- Supervisión de tratamientos en CSS y UD, por parte del personal médico y el coordinador de programas especiales de la Unidad, con evaluaciones mensuales al personal.

ETAPA II.- Esta etapa consistirá en difundir la atención del módulo de pediátricos a Hospitales Generales de Zona, Unidades de Medicina Familiar, Hospitales de Especialidades de Tercer Nivel, que pertenezcan a nuestra delegación.

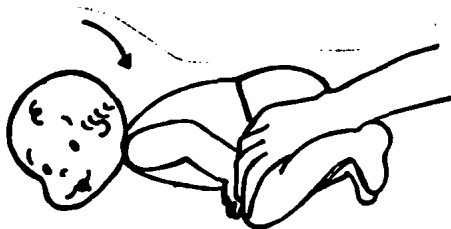
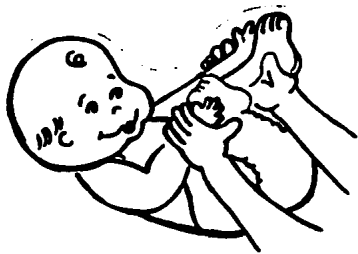
CONCLUSIONES

LA ATENCION DEL MODULO DE PEDIATRICOS PERMITIO:

- 1.- Establecer algoritmos de tratamientos de acuerdo, al diagnóstico y evolución del paciente pediátrico.**
- 2.- Atención terapéutica temprana, continua, oportuna eficiente y de calidad al paciente pediátrico, aumentada la posibilidad de que este alcance el máximo desarrollo potencial.**
- 3.- Optimizar y delimitar las acciones en las áreas de tratamientos sin duplicar la atención del paciente pediátrico.**
- 4.- La integración del equipo interdisciplinario de rehabilitación, así como de la familia en la atención del niño discapacitado.**
- 5.- Capacitación del equipo interdisciplinario así como de los padres para proporcionarles terapias y alcanzar los objetivos propuestos.**
- 6.- Optimizar las áreas de consulta externa y tratamientos mediante el programa de casa.⁷**

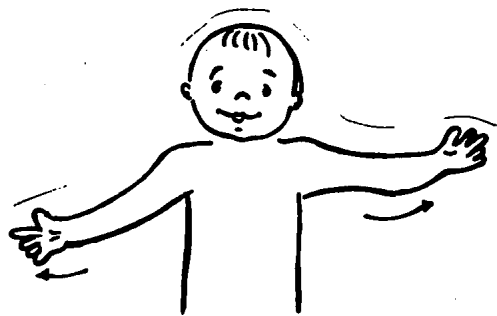
R O D E O S

CON EL NIÑO BOCA ARRIBA, CON UNA MANO TOMARLO DE LA RODILLA Y LA MANO DERECHA Y CON LA OTRA MANO HACIA LA RODILLA Y LA MANO IZQUIERDAS, GIRAR HACIA UN LADO ESPERANDO QUE LA CABEZA SIGA AL CUERPO AL CENTRO Y LUEGO HACIA EL OTRO LADO. REPETIR DIEZ VECES



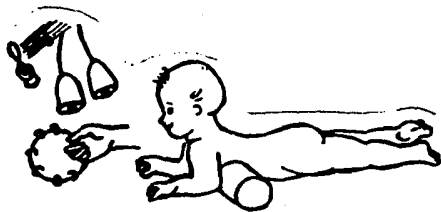
A B R A Z O

CON EL NIÑO BOCA ARRIBA SE ABREN LOS BRAZOS EXTENDIENDOLOS DESPUES SE CRUZAN AL FRENTE COMO SI SE ABRAZARA A SI MISMO, ALTERNANDO ARRIBA Y ABAJO CADA BRAZO, REPETIR VEINTE VECES.



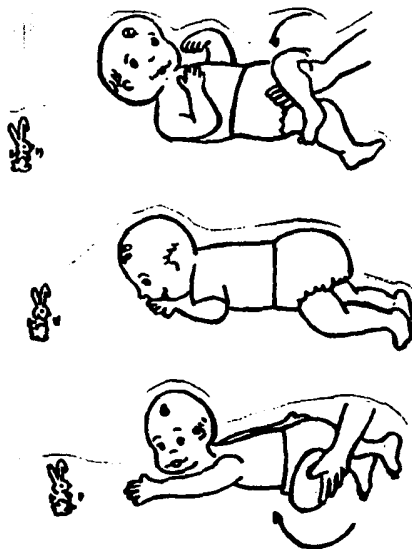
BOCA ABAJO SOBRE EL ROLLO

CON EL NIÑO BOCA ABAJO SE COLOCA UN ROLLO BAJO LAS AXILAS, SOBRE LA CMA SE APOYAN LOS CODOS Y LAS MANOS ABIERTAS, DESPUES SE JUNTAN LOS CODOS FAVORECIENDO QUE ENDERECE LA CABEZA. REPETIR DIEZ VECES.



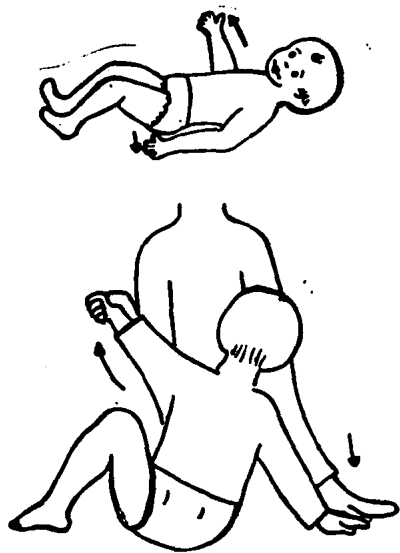
RODAMIENTOS

CON EL NIÑO BOCA ARRIBA UNA DE LAS PIERNAS SE MANTIENE EXTENDIDA Y LA OTRA SE FLEXIONA Y CRUZA HACIA EL LADO DONDE SE VA A VOLTEAR, GIRO PERMITIENDO QUE EL NIÑO COMPLETE EL MOVIMIENTO. PARA REGRESARLO SE ACOMODA EL BRAZO AL LADO DEL CUERPO, SE FLEXIONA Y LEVANTA LA PIERNA QUEDANDO NUEVAMENTE BOCA ARRIBA. REPETIR DIEZ VECES DE CADA LADO.



LLEVAR A SENTADO

CON EL NIÑO BOCA ARRIBA FIJAMOS SU MANO Y CODO CON NUESTRA MANO, CON LA OTRA MANO LO SOSTENEMOS DEL LADO CONTRARIO Y LEVANTAMOS COMO SI SE SENTARA DESCARGANDO EL PESO 3 - VECES SOBRE LA MANO QUE SE APOYA. REPETIR DIEZ VECES DE CADA LADO.



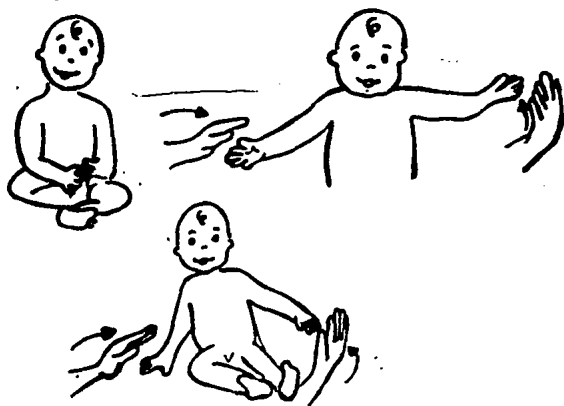
SEDESTACION

CON EL NIÑO SENTADO DE ESPALDAS HACIA A USTED HACER TRES PRESIONES HACIA DENTRO Y HACIA ABAJO EN LOS HOMBROS, DESPUES HACE LO MISMO EN LAS CADERAS, DESPUES EN UN HOMBRO Y UNA CADE- RA CONTRALATERAL. REPETIR DIEZ VECES.



DEFENSAS DE SEDESTACION

CON EL NIÑO SENTADO VALANCEARLO HACIA A UN LADO DIRIGIENDO EL MOVIMIENTO PARA QUE SE APOYE CON LA MANO, REPETIR EL MISMO MOVIMIENTO HACIA EL OTRO LADO ATRAS Y ADELANTE. REPETIR DIEZ VECES DE CADA LADO.



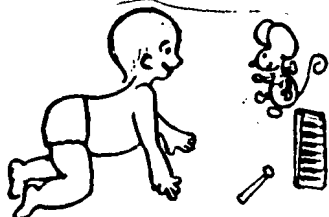
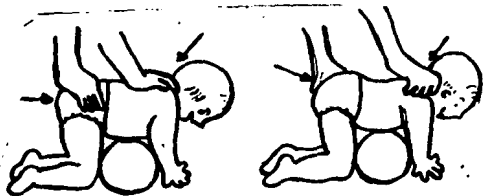
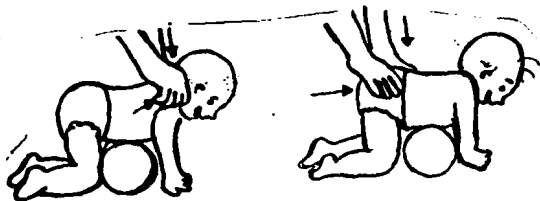
A R R A S T R E

CON EL NIÑO BOCA ABAJO DOBLE UNA PIERNA Y APOYE EL PIE DEL NIÑO EN LA PALMA DE SU MANO, ES-MULELO PARA QUE AVANCE AL MISMO TIEMPO QUE LE-VANTA LA CADERA DEL ALDO CONTRARIO. REPETIR 10 VECES DE CADA LADO. ALTERNANDO LAS PIERNAS.



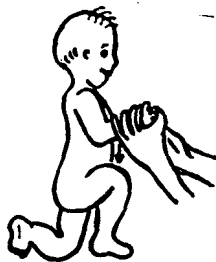
G A T E O

BOCA ABAJO SOBRE UN ROLLO EN POSICION DE GATEO HACER TRES PRESIONES HACIA DENTRO Y HACIA ABAJO SOBRE LOS HOMBROS Y DESPUES - SOBRE LAS CADERAS, LUEGO EN FORMA CONTRALATERAL UN HOMBRO Y CADERA. REPETIR 10 VECES. VIBRANEARLO Y RETIRAR EL ROLLO FAVORECIENDO EL EQUILIBRIO.



H I N C A D O

EL NIÑO EN POSICION DE HINGADO SE APOYA UN PIE SOBRE EL COLCHON SE HACEN TRES PRESIONES SOBRE LA RODILLA Y RODILLA SE LE DA AYUDA PARA QUE INTENTE PONERSE DE PIE. SE REPITE 10 VECES DE CADA LADO.



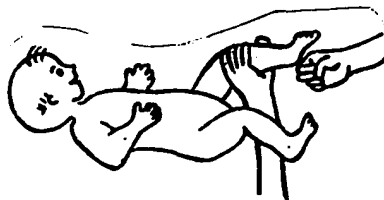
LIBERACION DEL PULGAR

TOMAR LA MANO DEL BEBE SOSTENIENDOLA POR LOS DEDOS, NO TOCAR LA PALMA DE LA MANO TOMAR EL DEDO PULGAR Y HACER CIRCULOS COMPLETOS 10 VECES HACIA AFUERA Y 10 VECES HACIA ADENTRO.



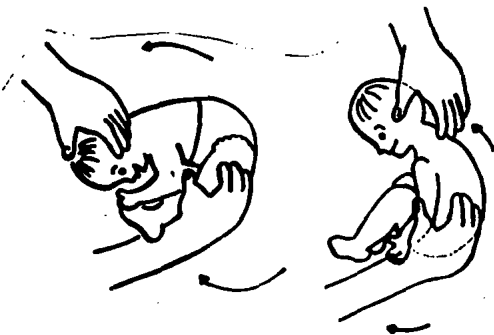
DESENSIBILIZACION DE LA PLANTA DEL PIE

CON LA MANO EMPUÑADA DESPLAZARLA POR LA PLANTA DEL PIE DEL NIÑO INICIANDO EN EL TALON HASTA - ESTRIBAR COMPLETAMENTE LOS DEDOS DEL PIE. REPETIR 10 VECES DE CADA LADO.



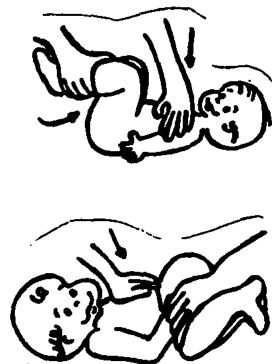
1/0 DE BOBATH

CON EL NIÑO BOCA ARRIBA SE LE TOMA DE LA CABEZA Y SE DOBLAN LAS PIERNAS HACIA EL ABDOMEN Y SE MUEVE COMO UNA CUNITA. REPETIR 10 VECES.



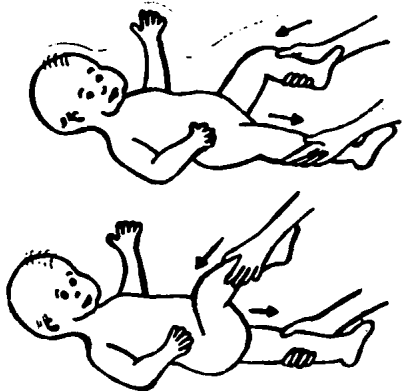
DISOCIACION DE CINTURAS

CON EL NIÑO BOCA ARRIBA SE FIJA EL TRONCO Y LAS DOS PIERNAS DOBLADAS Y JUNTAS SE GIRAN HACIA LA DERECHA, DESPUES A LA IZQUIERDA Y VICEVERSA. REPETIR 20 VECES.



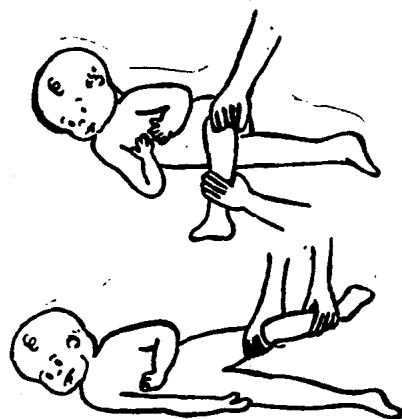
ALTERNO DE PIERNAS

CON EL NIÑO BOCA ARRIBA DOBLAR UNA PIERNA HACIA EL ABDOMEN, CON LA OTRA MANO SE MANTIENE BIEN ESTIRADA LA OTRA PIERNA, SE ALTERNA EL MOVIMIENTO. REPETIR 20 VECES.

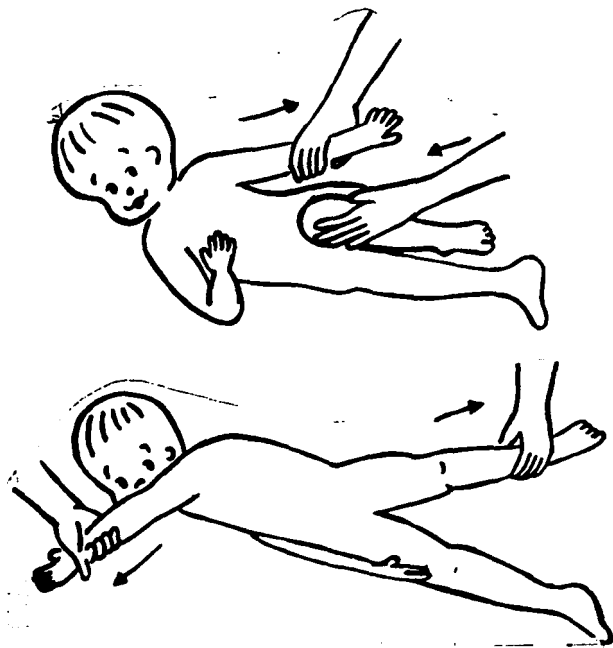


PIE HACIA ADELANTE

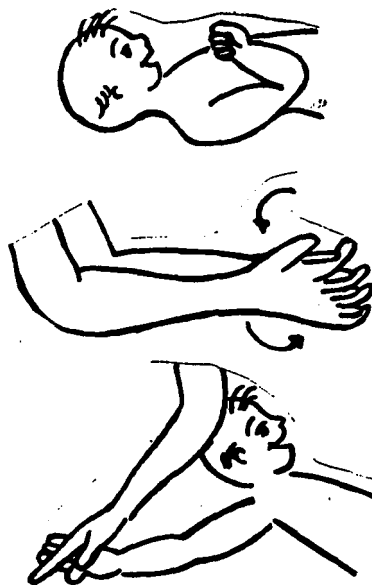
CON EL BEBE APOYADO DE LADO LA PIERNA DE ABAJO SE MANTIENE BIEN ESTIRADA Y FIJA, SE FLEXIONA LA PIERNA DE ARRIBA APOYANDO EL BIE SOBRE LA CAMA, SE HACEN TRES PRESIONES EN LA RODILLA Y EL TOBILLO HACIA ABAJO Y SE REGRESA LA PIERNA ESTIRÁNDOLO. REPETIR 10 VECES DE CADA LADO.



CON EL BEBE EN POSICION DE LADO SE DOBLA LA PIERNA DE ARRIBA HACIA EL ABDOMEN Y SE ESTIRA HACIA ATRAS EL BRAZO DEL MISMO LADO, DESPUES SE ESTIRA LA PIERNA HACIA ABAJO Y EL BRAZO SE ESTIRA HACIA ARRIBA, LA PIERNA DE ABAJO DEBE PERMANECER ESTIRADA Y FIJA REPETIR 10 VECES.

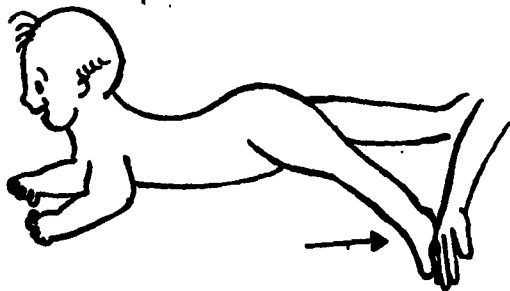


CON EL NIÑO BOCA ARRIBA SE ABRE COMPLETAMENTE LA MANO, SUS DEDOS SE ESTIRAN SE HACE HACIA ATRAS LA MANO, SE GIRA EL ANTEBRAZO PARA QUE LA PALMA MIRE HACIA ARRIBA, SE EXTIENDE EL CODO Y CON EL HOMBRO SE REALIZA MEDIO CIRCULO HACIA AFUERA. REPETIR 10 VECES DE CADA LADO.



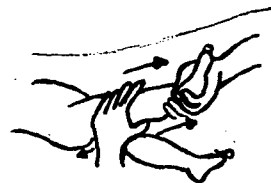
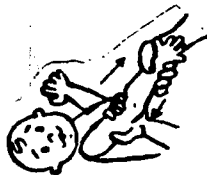
PATRONES ESPIRALES DE MIEMBROS PELVICOS

CON EL NIÑO BOCA ABAJO SE LE DOBLA UNA PIERNA Y APOYAMOS SU PIE EN NUESTRA PALMA DE LA MANO DESPUES SE LE PIDE QUE PISE Y ESTIRE LA PIERNA REPETIR 10 VECES DE CADA LADO.



P I V O T E O S

SE FIJA UNA ARTICULACION Y SE TRACCIONA TRES VECES LA ARTICULACION MAS CERCANA FIJAR HOMBRO TRACCION POR ARRIBA DE CODO, FIJAR CODO TRACCION POR ARRIBA DE MUÑECA, FIJAR MUÑECA TRACCION DE LOS DEDOS, FIJAR CADERA TRACCION POR ARRIBA DE RODILLA, FIJAR RODILLA TRACCION ARRIBA DE TOBILLO, FIJAR TOBILLO TRACCION DE LOS DEDOS. REPETIR 10 VECES EN CADA SEGMENTO.

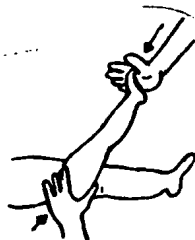
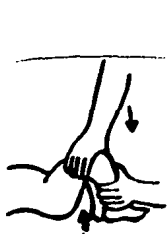
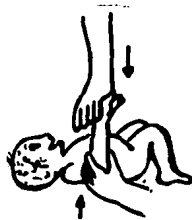
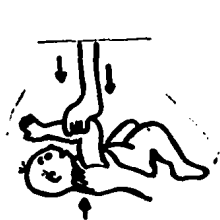


DESCARGAS DE PESO

SE FIJA UNA ARTICULACION Y SE PRESIONA TRES VECES SOBRE LA ARTICULACION MAS CERCANA. FIJAR HOMBRO PRESIONAR SOBRE CODO, FIJAR CODO PRESIONAR SOBRE MUÑECA. FIJAR CADERA PRESIONAR DESDE EL PIE. FIJAR TOBILLO PRESIONAR SOBRE RODILLA. REPETIR 10 VECES.

POSICION BOCA ABAJO CON DESCARGAS

CON EL NIÑO BOCA ABAJO SOBRE EL ROLLO A NIVEL DE LAS AXILAS APOYAMOS SU MANO ABIERTA SOBRE LA CAMA, LO SOSTENEMOS DEL HOMBRO DEL LADO CONTRARIO LEVANTANDOLO Y DESCARGANDO EL PESO SOBRE LA MANO APOYADA TRES VECES, CAMBIAR AL OTRO LADO. REPETIR 10 VECES DE CADA LADO.



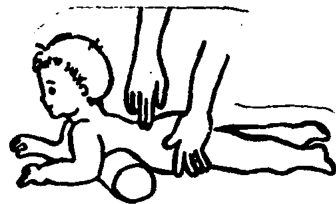
BOCA ABAJO SOBRE LA PELOTA

SOBRE UNA PELOTA DEL 22 O 24 SE COLOCA AL NIÑO BOCA ABAJO, SE PRESIONA SUAVEMENTE COMO VOTANDO, DESPUES SE LLEVA AL FRENTE Y HACIA LOS LADOS SOSTENIENDO DE LA CADE-
RA O TOBILLOS.



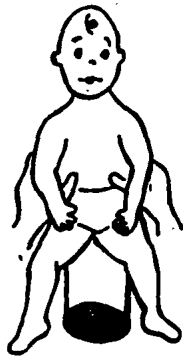
POSICION BOCA ABAJO SOBRE ROLLO CON ESTIMULACION A PARAVERTEBRALES

EL NIÑO BOCA ABAJO CON UN ROLLO BAJO LAS AXI-
LAS, REALIZAR PRESION CON LOS DEDOS INDICE Y
MEDIO A LO LARGO DE LA COLUMNA VERTEBRAL, INI-
CIANDO DESDE EL CUELLO. REPETIR 10 VECES.



MONTADO SOBRE ROLLO

SOBRE UN ROLLO SE SIENTA AL NIÑO COMO SI MONTARA Y SE LE EMPUJA HACIA ADELANTE FAVORECIENDO QUE APOYE LAS MANOS ADELANTE CON LOS BRAZOS EXTENDIDOS. REPETIR 10 VECES.



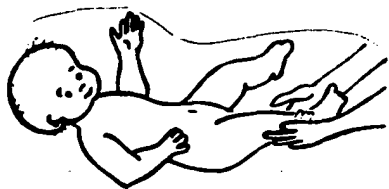
SENTADO SOBRE LA PELOTA

SE SIENTA EL NIÑO SOBRE UNA PELOTA DEL Nº 22 O 24 SOSTENIENDOLO DE LAS CADERAS VOTANDO LA PELOTA, DESPUES SE LE INCLINA HACIA CADA LADO PERMITIENDO QUE EL NIÑO MANTENGA EL EQUILIBRIO.



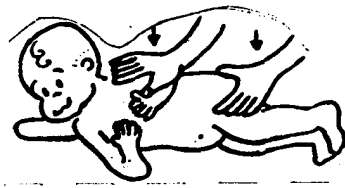
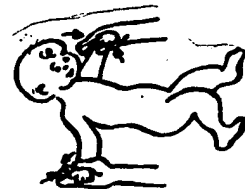
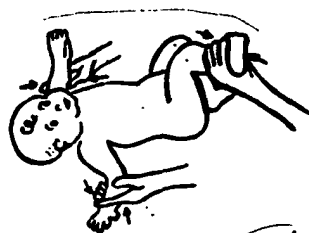
ESTIMULACION TACTIL

TOCAR LA PIEL DEL BEBE CON SUAVIDAD CON MOVIMIENTOS ENVOLVENTES INICIANDO POR - LOS PIES PIERNAS, MUSLOS, TRONCO, MANOS, ANTEBRAZOS, BRAZOS Y LA CABEZA. REPETIR 10 VECES.



PRESIONES ARTICULARES

CON LOS DEDOS PULGAR E INDICE HACER TRES PRESIONES SOBRE LAS ARTICULACIONES DE LOS TOBI-- LLOS, RODILLAS, CADERA, MUÑECAS, CODOS Y HOMBROS. COLOCAR DE LADO AL BEBE Y PRESIONAR 3 - VECES SOBRE HOMBRO Y CADERA SIMULANEAMENTE Y LUEGO DEL OTRO LADO. REPETIR 10 VECES.



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Fejerman N.; Neurología Pediátrica, Ateneo 1988, 1.1-1.37**
- 2.- Benavidez H.; El Desarrollo del Niño Normal de 1-24 meses, DIF-UAM, 1985; 19-21**
- 3.- Torres A. ; Programa básico de estimulación temprana; Revista Mexicana de Puericultura, Pediatría. Sep-1993; (1) 1: 6-11**
- 4.- Torres A.; Actualización Pediátrica, Conf Nal Ped de Mex A.C. 1990 (6) 30; 130-140**
- 5.- Ortiz L, Programa de estimulación temprana, Tesis IMSS 1992**
- 6.- Saucedo A.; Incidencia de signos de alarma en el recién nacido de alto riesgo y la importancia de un programa de intervención temprana en el IMSS, TESIS UNAM-IMSS 1992**
- 7.- Mosco R.; Efectos del programa preventivo de estimulación temprana en el desarrollo bio-psico-social en niños con enfermedades crónicas; TESIS UNAM-IMSS 1991**
- 8.- Hariam R.; Rehabilitación en el niño inválido; Clin Ped of North Am 1973, 245-254**
- 9.- Sherren D., Faber M.; Neurorehabilitation a multisensory approach; Saunders company 1982, 3-59**

- 10.- Ciberras J.; Parálisis cerebral, clínica y cirugía del aparato locomotor; El Ateneo, 1991
- 11.- Benavidez H.; Sistematización de signos tempranos del daño neurológico para estimulación específica; Salud pública de México. 1985; 127; 375-83
- 12.- Carrillo M. Estimulación motora temprana; 1985 UNICEF
- 13.- Jeniffer M.; Aids to physiotherapy, 2a. edición 1988; 169-171
- 14.- Adams R.; Principios de Neurología; 2a. edición edit Reverté 1988; 933-935
- 15.- Lazareff J.; Malformación de Chiari, Prog Bol Med Hosp Inf Mex; 1990, 47: 719-23
- 16.- Piste M.; Manejo de cavidad oral para niños con incapacidad motora de origen cerebral. Tesis -IMSS, 1993
- 17.- DEL RIO N.; Manual creciendo juntos,. 1993; UNICEF-UAM
- 18.- Johnston E.; Trastornos cerebrales en el niño 1986, Panamerican
- 19.- De Quiroz J.; Lenguaje aprendizaje y Psicomotricidad; 1979, Panamericana, 26-29

- 20.- Swaiman K.F.; Enfermedades neuromusculares en el lactante y el niño; editorial Pediátrica Jims 1992
- 21.- Kimberly D.; Myelodysplasia the musculoskeletal problem: Habilitacion from infancy to adulthood: Phys Ther 1991; 71; 12, 935-46
- 22.- Valerie J.; Physical Therapy management of patients with juvenile rheumatoid arthritis. Phys Ther, 1991; (71) 12; 919-19
- 23.- Payton O.; Manual of physical Therapy, Livingstone 1989; 495-550
- 24.- Darcy A.; Neurological rehabilitation, Mosby Company, 1990
- 25.- Levine M.; Cerebral Palsy diagnosis in children over age 1 year: Standard criteria: Arch Phys Med; Rehabil; 1980, sep; 61; 385-89
- 26.- Devesa I; Programa institucional de rehabilitación integral experiencia de su aplicación en el área médica; Rev Med Fis Reh.; (5) 2; Abr. 1993; 10-13
- 27.- Arteaga N.R. Ochoa G. Devesa I. TECNICAS DE TERAPIA FISICA; Desarrollo Científico de la enfermera, Abr. 1993; (4) 4; 14-21
- 28.- García V. Siordia L.; Programa de estimulación múltiple temprana en productos de embarazo de alto riesgo; Rev Med Fis Reh; Jul. 1992, (4) 2; 13-16

29.- García C., Quiroz L. Tratamiento de la incontinencia urinaria Desarrollo Científico de la enfermera; Dic. 1993; (1) 2; 13-16

30.- Hanak M. Spinal Cord Injury; Springer Publishing Company New York 1992, 93-100

31.- KNUTSON L., Clark D., Orthotic Devices for ambulation in children with cerebral palsy and Mielomeningocele. Phys ther; (71) 12; Dic 1991; 947-960

32.- Arteaga N. R. Ochoa G, Devesa I. TECNICAS DE TERAPIA FISICA; Desarrollo Científico de la Enfermera; Oct. 1993 (4) 3; 13-17