



Unidad Medicina  
Física y Rehabilitación



# **HITOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR**

## **SIGNOS DE ALERTA TEMPRANA PSICOMOTORAS**

### **FLUJOS DE DERIVACION A REHABILITACION**

**Kinesióloga Tarichi Sánchez Sepúlveda**

**HRLBO- Servicio de Medicina Física y Rehabilitación**

# OBJETIVOS:

- ❖ **\* Conocer los hitos del desarrollo motor normal.**
- ❖ **\* Identificar de manera temprana los signos y síntomas neurológicos:**
  - ▶ **Diferenciar desarrollo psicomotor normal y anormal.**
  - ▶ **Conocer la importancia fisiológica de la adquisición del desarrollo psicomotor.**
  - ▶ **Detectar alteraciones ortopédicas secundarias a enfermedades o trastornos neurológicos.**
- \* Conocer flujograma de atención rehabilitación HRLBO.**

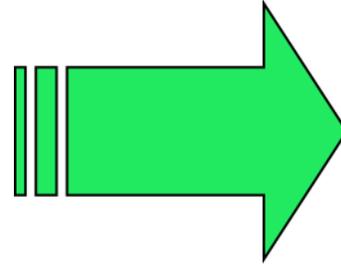
# CONSIDERACIONES AL ABORDAR A PACIENTES INFANTILES DEL PUNTO DE VISTA DEL DESARROLLO



- ▶ A través de la acción, el niño va a descubrir el mundo, va a poder tener conocimiento de las cosas y de sí mismo, y por tanto, podrá dar respuestas ajustadas o expresar sus necesidades.

Individuales

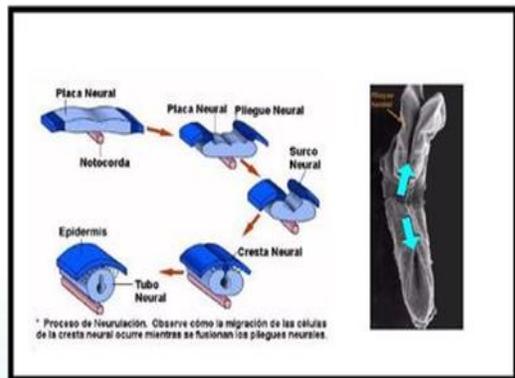
Ambientales



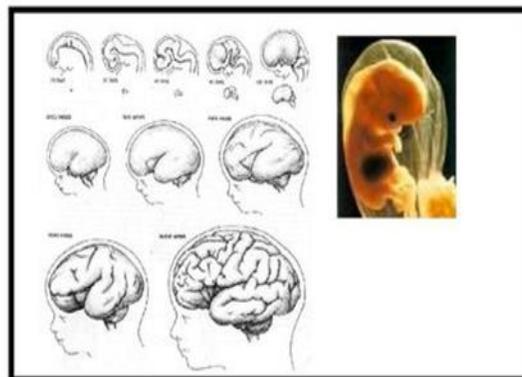
**El desarrollo es un proceso continuo desde la concepción hasta la madurez y sigue la misma secuencia en todos los niños, pero su ritmo varía de un niño a otro.**

# MADURACIÓN SISTEMA NERVIOSO

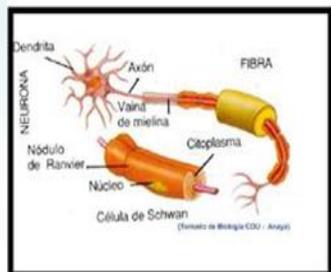
## BASES BIOLÓGICAS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR



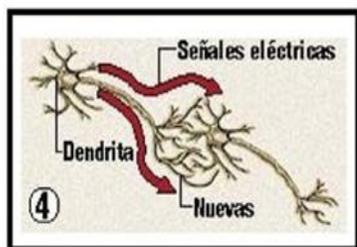
**NEURULIZACIÓN**  
(HASTA LA 6ª SEMANA)



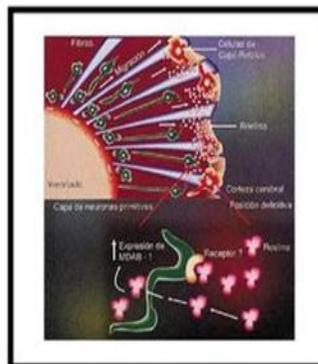
**PROLIFERACION**  
(2 A 4 MESES GESTACION)



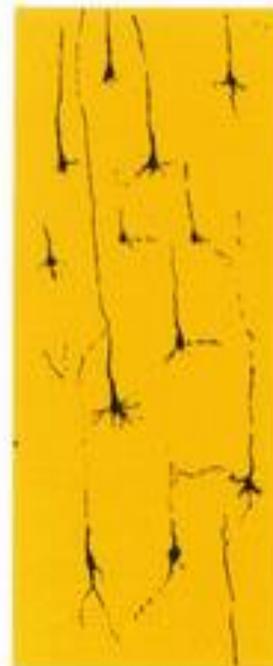
**MIELINIZACIÓN**  
(2º TRIMESTRE EMBARAZO A VIDA ADULTA)



**ORGANIZACIÓN**  
(5 MES GESTACION AÑOS POSTNATAL)



**MIGRACION NEURONAL**  
(3- 5 MESES GESTACION)



**Al nacer**



**a los 3 meses**



**a los 3 años**

# SISTEMA NEUROLOGICO



# ELEMENTOS NECESARIOS PARA UN DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL

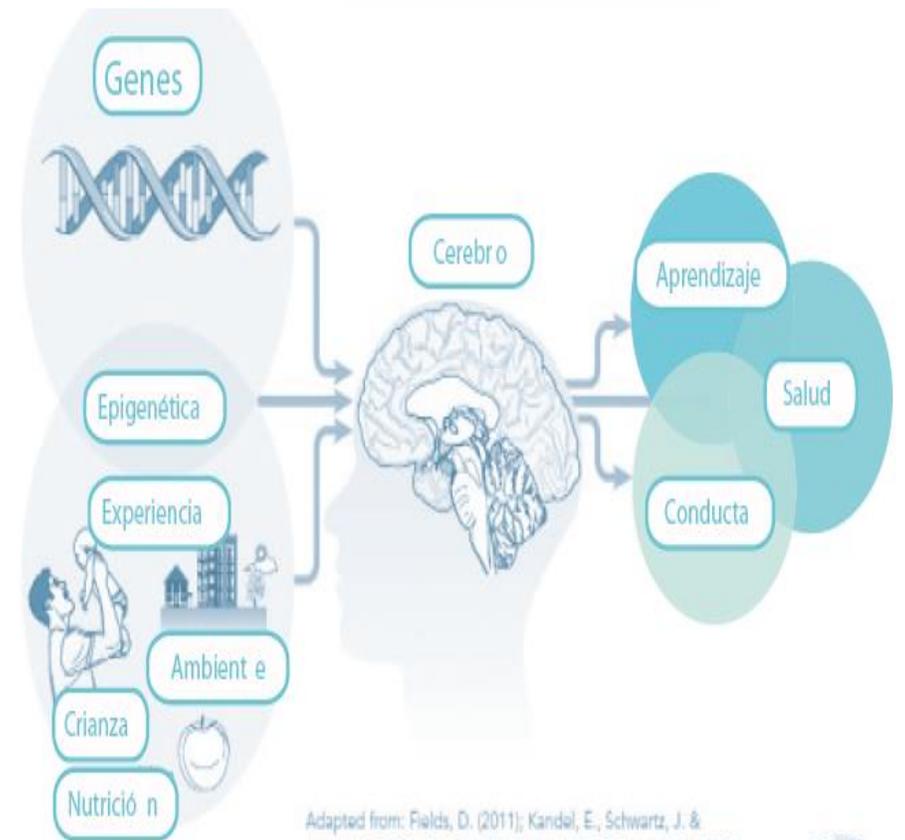
Ausencia de patología neurológica/sensorial/somática que afecte al desarrollo.

Entorno afectivo adecuado.

Aspectos constitucionales del niño favorecedores de su desarrollo.

Nutrición adecuada.

Capacidad de adaptación a los estímulos.



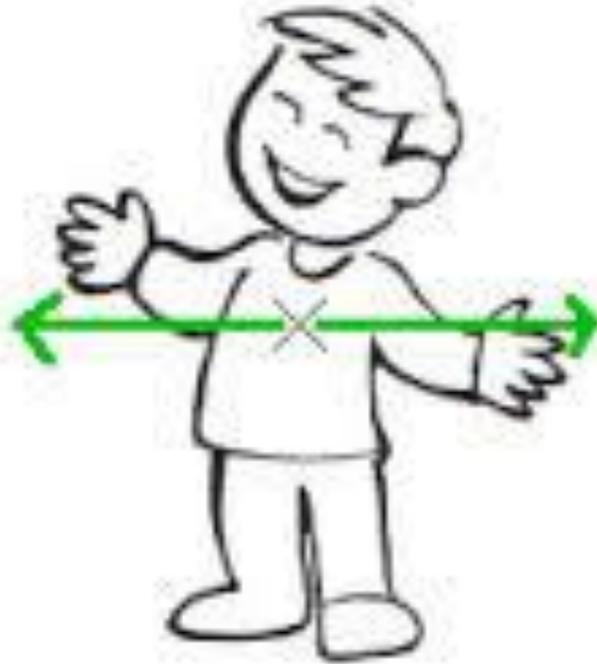
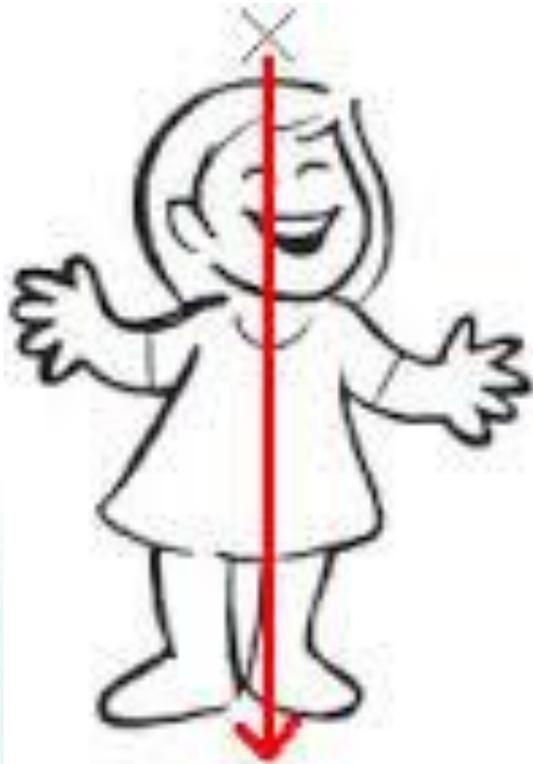
Adapted from: Fields, D. (2011); Kandel, E., Schwartz, J. & Jessell, T. (2000); McCain, M., Mustard, J.F. & Shanker, S. (2007).

# DESARROLLO DEL NIÑO PROGRESA DESDE ...

- una respuesta débil, global y relativamente desorganizada.

- a una respuesta fuerte, específica localizada y organizada.





X Inicio del desarrollo  
→ Dirección del desarrollo

CÉFALO-CAUDAL

X inicio del desarrollo  
→ Dirección del Desarrollo

PRÓXIMO-DISTAL

# LEYES

Céfalo/Caudal  
Próximo/Distal

Dominancia 1° de musculatura flexora/2° musculatura extensora

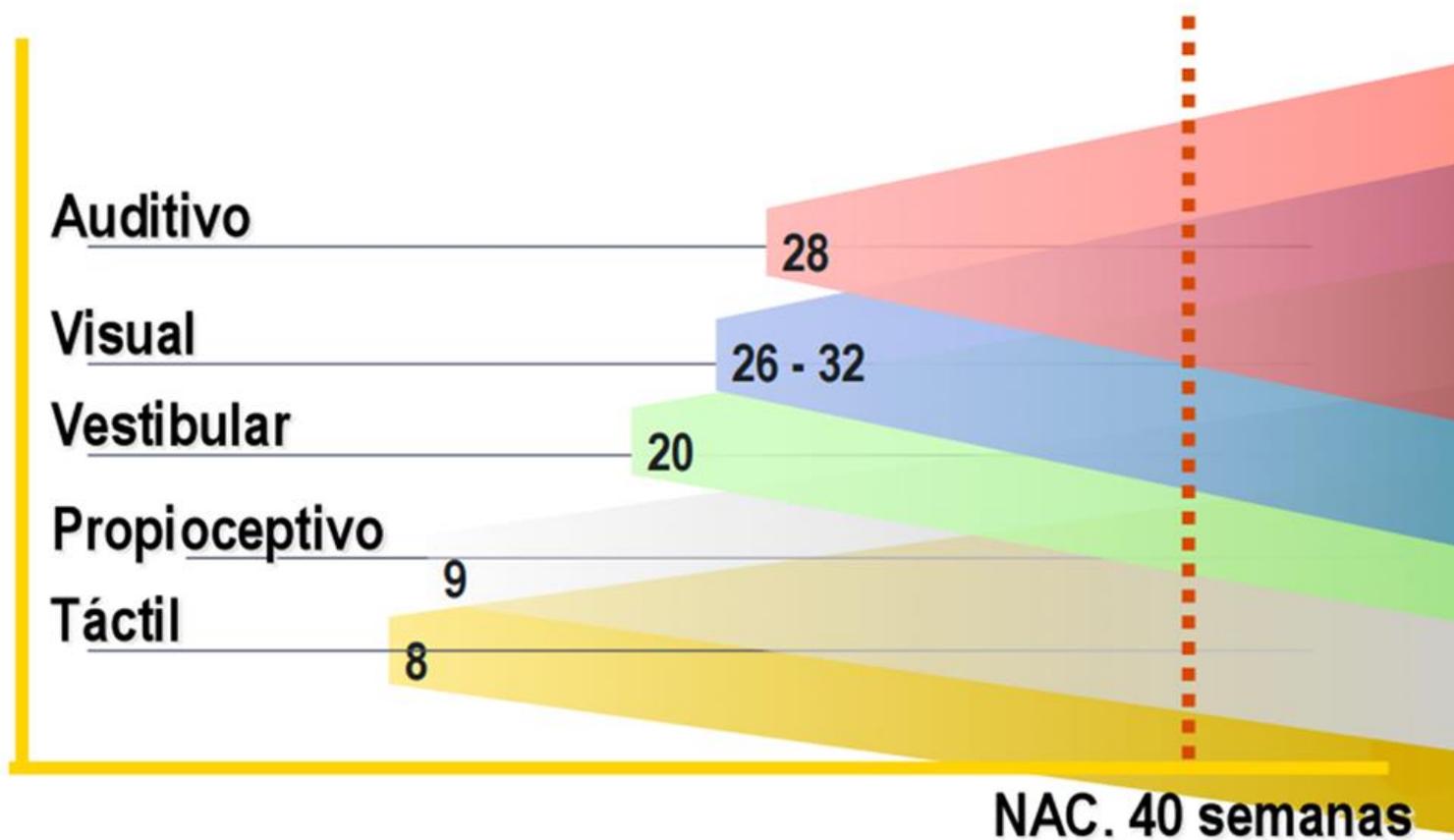


# REFLEJOS ARCAICOS

- ▶ Son las reacciones mas primitivas de la postura y de la actividad.
- ▶ Se modifican en el transcurso de la maduración.



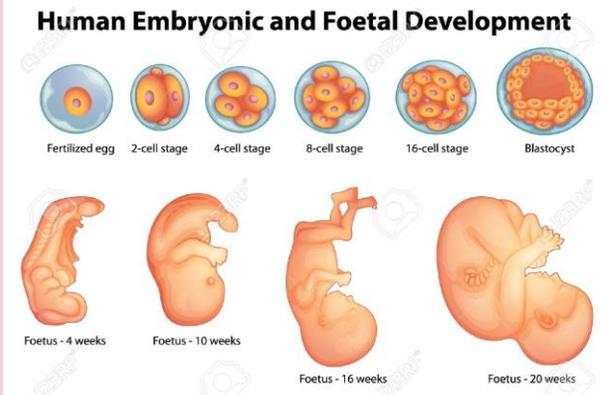
## DESARROLLO SISTEMAS SENSORIALES



# FACTORES QUE DETERMINAN EL DESARROLLO MOTOR

## Prenatal

Madre  
Hereditarios  
Ambiente



## Perinatal

APGAR

0 a 3= Feto grave deprimido  
4 a 6= Feto ligeramente deprimido  
7 a 10=Feto vigoroso



## Postnatal

Condiciones ambientales  
Calidad de vida  
Dieta equilibrada  
Entorno afectivo sano  
La calidad y variedad de sus experiencias.



# NEUROPLASTICIDAD

- ▶ **Es la habilidad del SNC de elaborar cambios en respuesta a los estímulos y exigencias ambientales (Lane S.J. y Reynolds S. 2010).**
- ▶ **La posibilidad de experimentar múltiples estímulos sensoriales relevantes, en un ambiente, implicando tareas cognitivas, sensoriales y motoras, son claves para la plasticidad neuronal(Reynolds S. 2010)**

# INTEGRACION SENSORIAL QUÉ ES?... CÓMO AFECTA EL DESARROLLO DEL NIÑO?



# PRINCIPIOS DE LA INTEGRACION SENSORIAL

Anna Jean Ayres



**La integración sensorial es la capacidad del niño de sentir, de comprender o de organizar las informaciones sensoriales provenientes de su cuerpo y de su entorno.**

# MODELO TEORICO BASADO EN LA EVIDENCIA DE IS, ANALISIS DE FUNCIONES DE INTEGRACION SENSORIAL.

Smith Roley 2012

<b>VISUAL</b>	<b>VESTIBULAR</b>	<b>PROPIOCEPCION</b>	<b>TACTIL</b>	<b>INTEROCEPCION (MODULACION)</b>
<b>VISUAL MOTOR</b>	<b>CONTROL POSTURAL</b>	<b>DESTREZAS MOTORAS GRUESAS</b>	<b>PRAXIS</b>	<b>ALERTA AFECTO</b>
<b>PRAXIS VISUAL CONSTRUCCION</b>	<b>COORDINACION BILATERAL Y SECUENCIA</b>	<b>DESTREZAS MOTORAS FINAS</b>	<b>LENGUAJE ORGANIZACIÓN DE LA CONDUCTA</b>	<b>ATENCION NIVEL DE ACTIVIDAD</b>

# OBJETIVOS DE PROPORCIONAR UNA EXPERIENCIA SENSORIAL

Mantener un nivel de alerta óptima: preparar al SNC para generar respuestas adaptativas.

Énfasis en el input vestibular, táctil y propioceptivo.

Basado en las necesidades del niño.

Incorporar estrategias sensoriales en la vida diaria.



# RESPUESTA ADAPTATIVA

Complejidad de la respuesta varía en eficiencia e iniciativa.

Somato motora.

Depende de las demandas del ambiente.

Nivel de desempeño del niño.

Utiliza y organiza la información del medio.

# RESULTADOS CUALITATIVOS

Selección y procesamiento del estímulo.

Modular el estímulo sensorial para favorecer los niveles de alerta y el aprendizaje

Propiciar un buen control postural.

Mejorar las praxis y la organización de la conducta.

Seleccionar actividades compatibles con las funciones ejecutivas.

# HITOS DSM NORMAL/ANORMAL ALARMAS....



Característica 1° trimestre (1,2, 3 mes)	Desarrollo sano	Desarrollo patológico
Postura Supino y prono	Patrón flexor en supino. Prono logra elevar la cabeza.	Patrones exacerbados en flexión y postura vencida por la gravedad.
Reflejos	Primitivos	Exacerbados, asimétricos, abolidos y/o patológicos.



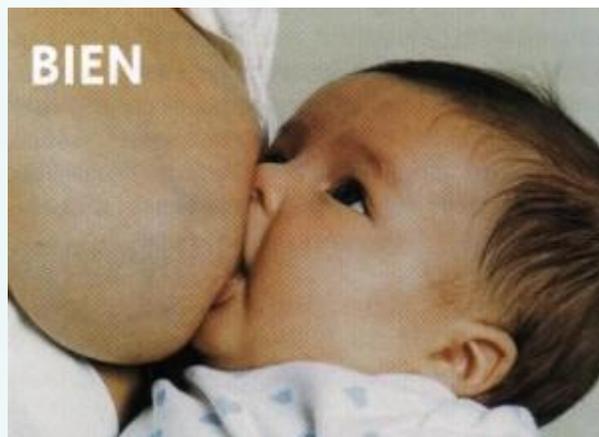
Característica 1° trimestre (1,2, 3 mes)	Desarrollo sano	Desarrollo patológico
Regulación del tono	Presencia flexión fisiológica. Periodo de pseudohipotonia. Acorde.	Hipotonía. Hipertonía. Fluctuante.
Movimiento	Movimientos vigorosos, disociados y simétricos. Maduración de movimientos involuntarios a voluntarios.	Poco vigorosos, asimétricos y/o en bloque. Permanencia de movimientos involuntarios.



Características 1° trimestre (1,2, 3)	Desarrollo sano	Desarrollo patológico
<b>Cognitivo</b>	<b>Fija mirada – Contacto visual.</b> <b>Identificación fuente sonora.</b> <b>Aumento progresivo de vigilia.</b> <b>Reacciones circulares primarias</b>	<b>Contacto fugaz o en barrido.</b> <b>No busca la fuente sonora.</b> <b>No conectado con el medio.</b>
<b>Regulación emocional</b>	<b>Se calma al ser amamantado, al ser tomado.</b> <b>Se calma con dispositivo externo</b>	<b>Irritable a los cambios de posición</b> <b>No se calma con las diferentes estrategias.</b>



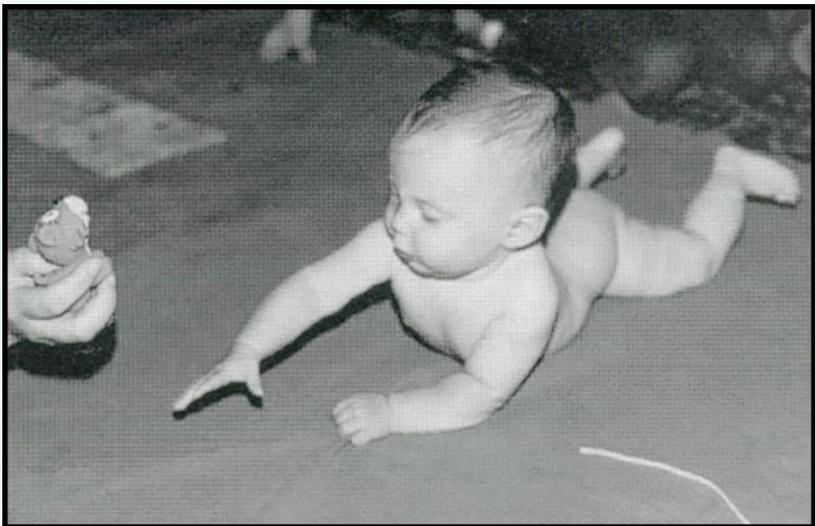
Características 1° trimestre (1,2, 3)	Desarrollo sano	Desarrollo patológico
Alimentación	<p>Otorga señales de presencia del alimento.            Presencia reflejo de búsqueda y succión eficiente.            Patrón suckling            Patrón succión-deglución-respiración coordinado</p>	<p>Hipoalerta en presencia de alimento.            Ausencia de reflejo de búsqueda y succión alterada.            Mecanismo incordiado: derrame-tos-atoro-fatiga-riesgo de aspiración</p>



Características 2º trimestre (4,5,6)	Desarrollo sano	Desarrollo patológico
Postura Supino, prono y sedente	<p>En supino llega a línea media.  Prono: logra apoyar AB en superficie, logra hacer alcances.  Realiza giros.  Sedente: Inestable.</p>	<p>Sin reacciones de enderezamiento, no llega a línea media, posturas viciosas.  Prono: no levanta cabeza, no tolera posición.  No es capaz de mantener la cabeza en la verticalidad cuando se le sujeta por el tronco.</p>
Reflejos	Primitivos en desaparición.	Presentes, asimétricos, abolidos y/o patológicos.



Características 2º trimestre (4,5,6)	Desarrollo sano	Desarrollo patológico
Regulación del tono	Acorde.	Alterado.
Movimiento	Se mueve hacia un objetivo, realiza manipulación. Manos abiertas.	Permanencia de movimientos involuntarios. Pulgares incluidos, pie equino y/o otra alteraciones ortopédicas-posturales.



Características 2º trimestre (4,5,6)	Desarrollo sano	Desarrollo patológico
Cognitivo-conductual	<p>Sonrisa social</p> <p>Juego: ¿Donde está?</p> <p>Juego vocálico, balbuceo</p> <p>Protoconversaciones</p> <p>Protoimperativos – protodeclarativos (solicita/muestra)</p> <p>Se calma con figura de apego</p> <p>Reacciones circulares secundarias (ensayo-error)</p>	<p>Ausencia o retraso en los ítems descritos.</p> <p>Hipoalerta</p> <p>El bebé no sonríe cuando se le habla directamente.</p> <p>Pasivo</p> <p>Irritable</p>
Alimentación	<p>Patrón tipo sucking</p> <p>Inicio reemplazo del reflejo mordida por masticación.</p> <p>Crecimiento incisivos centrales (6m)</p> <p>Transición leche papilla.</p>	<p>Persistencia patrón suckling.</p> <p>Rechazo a texturas en cavidad oral</p>



Características 3º trimestre (7,8,9)	Desarrollo sano	Desarrollo patológico
Postura Supino, prono, sedente, cuatro apoyo y gateo.	Prono extiende AB, se coloca en 4 apoyo y puede realizar gateo. Sedente: Estable.	Sin reacciones de enderezamiento, no llega a línea media, posturas viciosas. Prono: No tolera postura, no extiende EESS, no logra jugar. No mantiene sedente. Gateo inestable.
Reflejos	Primitivos en desaparición.	Presentes, asimétricos, y/o patológicos.



Características 3º trimestre (7,8,9)	Desarrollo sano	Desarrollo patológico
Regulación del tono	Acorde.	Alterado.
Movimiento	Logra jugar, se interesa por juguetes causa-efecto. Se puede entretener solo por algunos minutos.	Escasa iniciativa motora. Pulgares incluidos, pie equino y/o otra alteraciones ortopédicas-posturales.



<b>Características 3° trimestre (7,8,9)</b>	<b>Desarrollo sano</b>	<b>Desarrollo patológico</b>
<b>Cognitivo- conductual</b>	<b>Permanencia del objeto. Balbuceo no reduplicado. Llora con desconocidos. Imita acciones simples. Mayor conexión con el medio. Acciones tendientes al cumplimiento de una meta.</b>	<b>Alteración de la regulación, por falta figura de apego. Acciones sin intencionalidad.</b>
<b>Alimentación</b>	<b>Transición papilla-alimentos blandos Uso de utensilios de alimentación: cuchara, vaso. Inicio de la masticación</b>	<b>Rechazo al cambio. Retraso de la dentición Se atora. Persistencia del reflejo de mordida</b>



Características 4º trimestre (10, 11, 12)	Desarrollo sano	Desarrollo patológico
<p>Postura sedente, cuatro apoyo, gateo, transiciones, arrodillado, bípedo y marcha lateral.</p>	<p>No se queda quieto, muy hábil.            Adquiere sedente de forma independiente,            Reacciones de balance (equilibrio, enderezamiento y protectoras en sedente y gateo completas, en posturas más altas en desarrollo).            Gateo disociado y rápido.            Realiza paraditos y bípedo con apoyo.</p>	<p>Sedente inestable, con reacciones protectoras asimétricas o ausentes.            Se arrastra, no es capaz de realizar triple flexión de EEII.            Gateo no disociado o claudicante.            Bípedo carga de peso en punta de pies.            Ausencia de sinergia manos-pies.</p>
<p>Reflejos</p>	<p>Acordes.</p>	<p>Presentes, asimétricos, patológicos.</p>



Características 4º trimestre (10, 11, 12)	Desarrollo sano	Desarrollo patológico
Regulación del tono	Acorde.	Alterado
Movimiento	<p>Logra jugar, se interesa por juguetes causa-efecto. Se puede entretener solo por algunos minutos.</p> <p>Logra sacar y guardar.</p> <p>Realiza pinza fina.</p>	<p>Presencia de movimientos involuntarios (estereotipias motoras). Persistencia de actividades de menor edad: exploración oral, Pulgares incluidos, pie equino y/o otra alteraciones ortopédicas-posturales.</p>



<b>Características 4º trimestre (10, 11, 12)</b>	<b>Desarrollo sano</b>	<b>Desarrollo patológico</b>
<b>Cognitivo-conductual</b>	<b>Primeras palabras Comprensión del NO Atiende a su nombre Se logra concentrar por algunos minutos</b>	<b>Solo señala (sin palabras) No se regula con estímulos verbales</b>
<b>Alimentación</b>	<b>Alimentos picado fino, blando Eliminación mamadera nocturna</b>	<b>No tolera cambios No mastica</b>



<b>Características 12 a 24 meses</b>	<b>Desarrollo sano</b>	<b>Desarrollo patológico</b>
<b>Marcha</b>	<b>Adquisición normal hasta los 18 meses. Inicio en guardia alta, progresivamente disminuye.</b>	<b>Marcha en punta de pies, claudicante o inestable.</b>
<b>Act. Motrices gruesas</b>	<b>Subir y bajar escaleras, trepar, patear y lanzar pelota.</b>	<b>No logra ejecutar o con asimetrías.</b>



Características 12 a 24 meses	Desarrollo sano	Desarrollo patológico
Coordinación visomotriz	<p>Uso bimanual de EESS.  Inicio coordinación visomotriz  Logra llevar la cuchara a la boca.  Toma objetos pequeños y los encaja.  Toma lápiz con prensión cilíndrica</p>	<p>Asimetrías entre las EESS.  No ejecuta.</p>
Juego	<p>Inicio juego simbólico.  Juego paralelo.  Conducta egocéntrica.  Realiza juegos de construcción con piezas grandes.  Imita.  Dibuja otorgando significado.</p>	<p>Escasa iniciativa motora.  No explora, lanza los juguetes.  No le llama la atención los juguetes.  No imita.</p>



Características 12 a 24 meses	Desarrollo sano	Desarrollo patológico
Cognitivo-conductual	<p>Reacciones circulares terciarias</p> <p>Inicia pensamiento simbólico</p> <p>Permanencia del objeto establecida</p> <p>Inicia comprensión normas/desafía.</p> <p>Llora, realiza pataleta, se logra calmar.</p> <p>Planificación motora.</p> <p>Conscientes de sus limitaciones</p> <p>Colabora con AVD.</p>	<p>Escasa iniciativa motora.</p> <p>No colabora en AVD</p> <p>No mide peligros, compromete su seguridad.</p>
Lenguaje	<p>Repertorio de 30 – 60 palabras</p> <p>Comprende órdenes simples</p> <p>Comprende toma – dame</p> <p>Frases pivote</p> <p>Imitación verbal</p>	<p>Ausencia o escases de palabras</p> <p>No responde al toma - dame</p> <p>No atiende a interlocutor</p>



Características 12 a 24 meses	Desarrollo sano	Desarrollo patológico
Alimentación	Transición alimentos picados Eliminación mamadera (recomendado)	No tolera cambios No mastica Mordida abierta anterior



Características 2 a 5 años	Desarrollo sano	Desarrollo patológico
<p>Rodar, saltar, carrera, trepar.</p> <p>Act. Coordinación motora bilateral y equilibrio.</p>	<p>Aceleraciones y desaceleraciones.</p> <p>Tolerancia esfuerzo físico.</p> <p>Se logra parar en un pies.</p> <p>Salta en 1 y 2 pies en el lugar y en desplazamiento.</p>	<p>Con dificultad, posturas compensatorias, caídas frecuentes, no ejecuta.</p>
<p>Motricidad fina</p>	<p>Adecuada coordinación visomotriz y percepción visual.</p>	<p>Dificultades grafomotorices, no toma adecuadamente el lápiz.</p>



<p>Palmar supinador 1 - 1.5 AÑOS</p>	
<p>Digito-pronado 2 - 3 AÑOS</p>	
<p>Tripode estático 3.5 - 4 AÑOS</p>	
<p>Pinza tripode 4.5 - 5 AÑOS</p>	

<b>Características 2 a 5 años</b>	<b>Desarrollo sano</b>	<b>Desarrollo patológico</b>
<b>Integración sensorial</b>	<b>Táctil: Acepta tocar y ser tocado. Vestibular: Acepta recibir estímulos de movimiento. Propioceptivo: Reconoce donde esta su cuerpo en el espacio. Auditivo: Acepta. Visual: realiza contacto visual.</b>	<b>Táctil: Rechazo a las texturas y escasa discriminación táctil. Rechazo a subir a dispositivos móviles. Torpeza motora Hiperresponsividad auditiva. Dispraxia. Contacto fugaz</b>



Características 2 a 5 años	Desarrollo sano	Desarrollo patológico
Cognitivo-conductual	<p>Interacción con pares</p> <p>Juego simbólico -&gt; Juego de reglas</p> <p>Juegos pauteados (planificación)</p> <p>5 años -&gt; Inicio de pensamiento lógico</p>	<p>No sigue reglas</p> <p>Conductas ritualistas</p> <p>Falta de regulación</p> <p>Reacciones catastróficas</p>
Lenguaje	<p>2 años = inicio etapa sintáctica 5 años = gran manejo palabras funcionales y morfemas gramaticales</p> <p>Adquisición progresiva de fonemas hasta los 5 años (/l/, /r/, /rr/) últimos fonemas.</p> <p>2 años = 200 palabras 5 años = 2000 palabras, categoriza, ordena secuencias temporales, describe.</p>	<p>Ecolalias</p> <p>Estereotipias verbales</p> <p>Escasa inteligibilidad</p> <p>Ausencia de nexos y morfemas</p> <p>Dificultad en comprensión de órdenes</p>



<b>Características 2 a 5 años</b>	<b>Desarrollo sano</b>	<b>Desarrollo patológico</b>
<b>Alimentación</b>	<b>Alimentos enteros Uso de vaso Puede comer solo</b>	<b>No mastica No logra manejar líquido en vaso Mordida abierta anterior Trastorno de la conducta alimentaria</b>



# Signos de alerta aportados por la exploración neurológica clásica

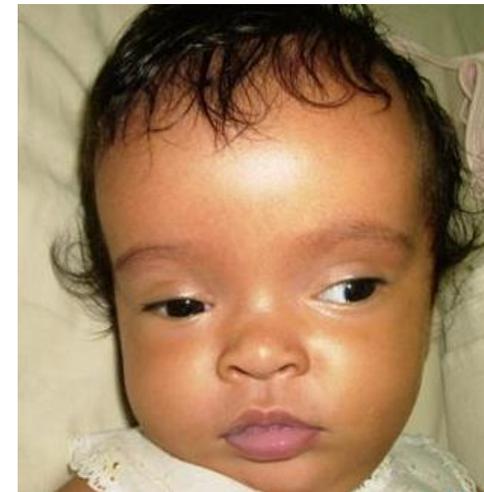
**Macro o micro cefálico**

**Patrones posturales propios de edades inferiores**

**Movimientos anómalos, escasos, poco variados o mal coordinados**

**Anomalías en los reflejos primarios**

**Anomalías en los reflejos osteotendinosos**



**Asimetrías persistentes.**

**Trastornos del tono muscular.**

**Epilepsia.**

**Otra clínica sugerente de lesión neurológica o sensorial.**



# Hipotonía no patológica

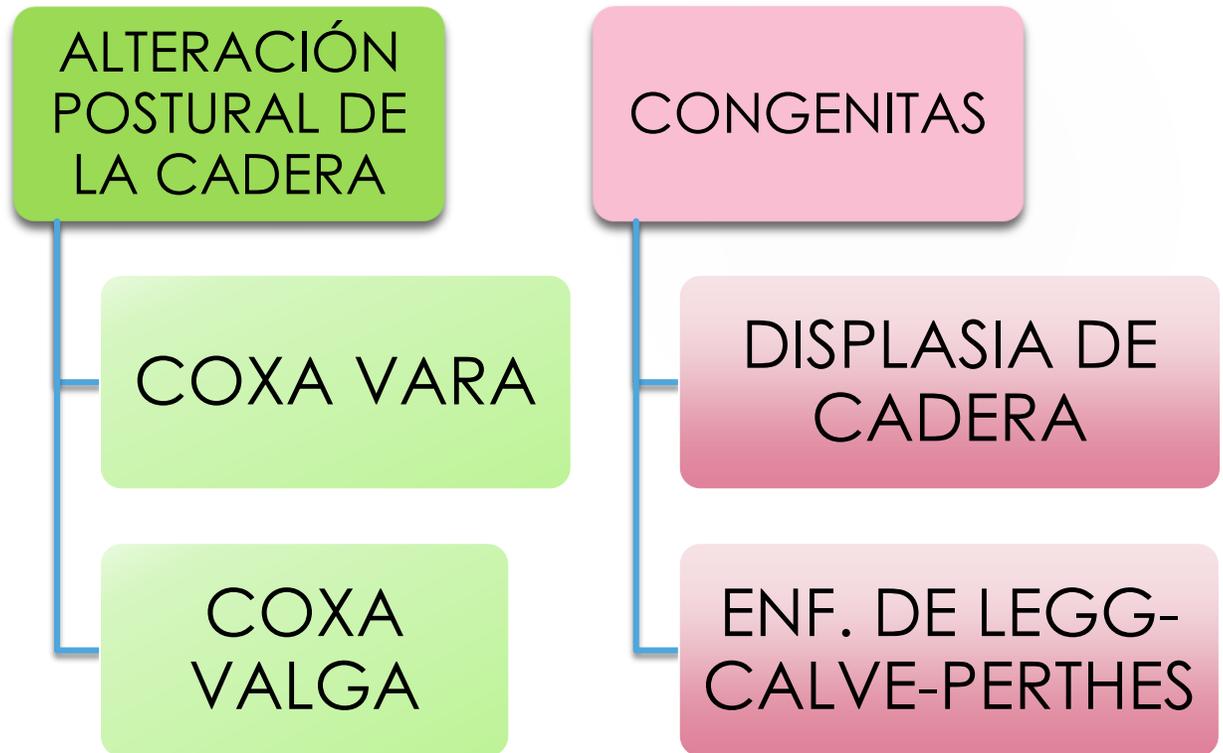
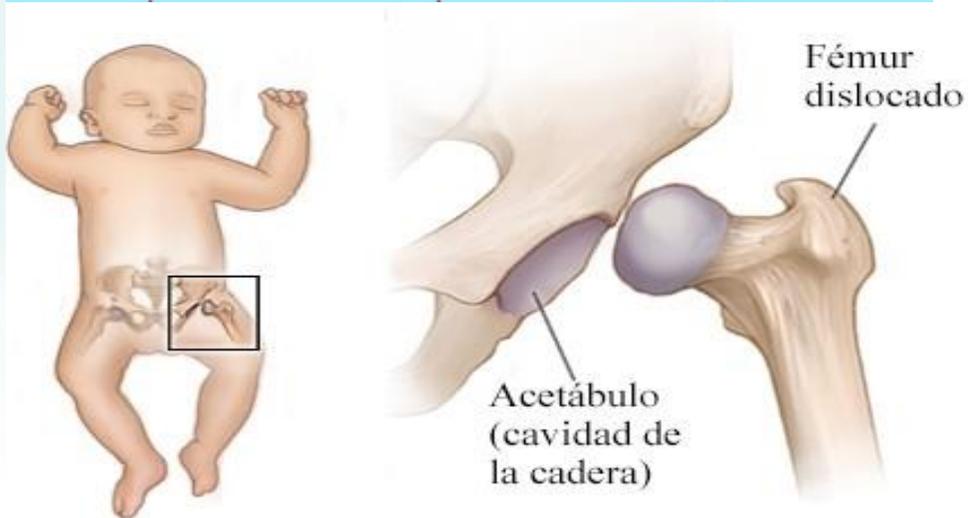
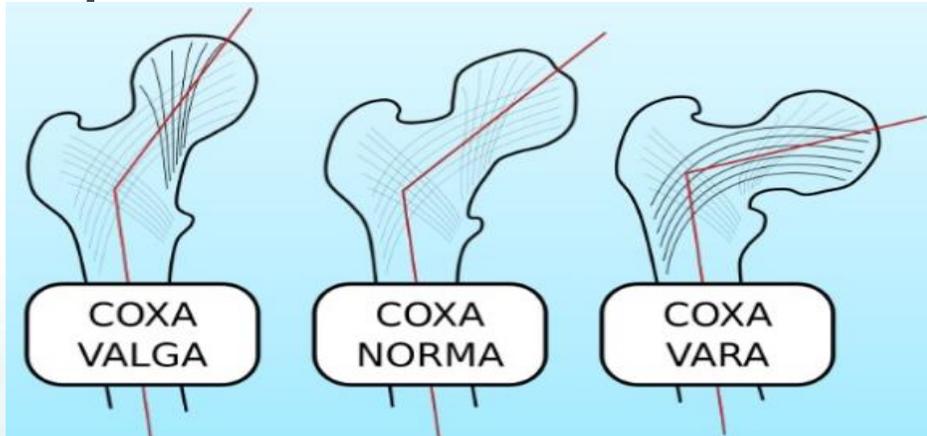
- ❖ Niños “blanditos” e hiperlaxos.
- ❖ Sin ninguna base neurológica.
- ❖ A causa de trastornos de integración sensorial.
  - Condición asociada a Dispraxia.
  - Con dificultades de coordinación y equilibrio.
  - Con patrón postural cifótico.
- ❖ Asociado a patrón respiratorio bucal.
- ❖ Asociado a déficit atencional.



# Condiciones ortopédicas posturales generales



# Condiciones ortopédicas posturales cadera

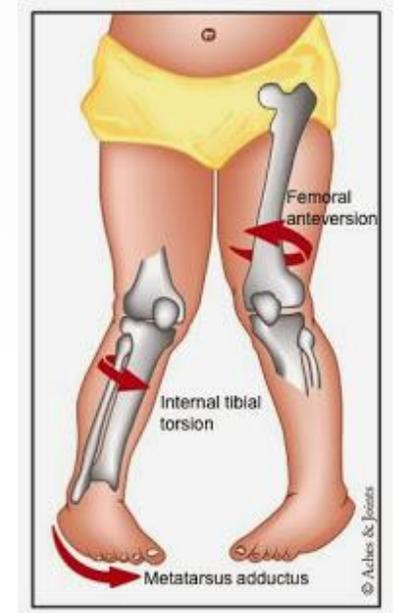


# Condiciones ortopédicas posturales rodilla

DEFORMACIÓN ANGULAR

GENU VARO

GENU VALGO



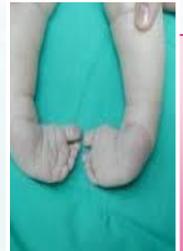
# Condiciones ortopédicas posturales de pie



PIE EQUINO



PIE PLANO



PIE BOTT



PIE TALO VALGO



PIE CAVO



PIE ADUCTO –  
METATARSO VARO

# Condiciones ortopédicas posturales de columna





Unidad Medicina  
Física y Rehabilitación



# Flujograma de derivación para Rehabilitación Infantil en el HRLBO

Equipo:

Tarichi Sánchez – Kinesióloga  
Cristian Alarcón – Kinesiólogo

Michelle Silva  
Terapeuta Ocupacional

Leslie Waman  
Psicóloga

Branco Gonzalez  
Fonoaudiólogo

# NUESTRO OBJETIVO

**“Favorecer el desarrollo biopsicosocial del niño, mediante una rehabilitación integral, tanto en la atención cerrada como abierta”.**



# OBJETIVOS ESPECIFICOS



**Realizar una atención temprana y oportuna, desde la detección de la necesidad del usuario infantojuvenil.**



**Optimizar los recursos físicos y profesionales, según los lineamientos de la Unidad.**



**Pesquisar sintomatologías y comorbilidades que pudieran desfavorecer el desarrollo del niño.**

# OBJETIVOS ESPECIFICOS



**Promover una educación terapéutica orientada al usuario y su familia.**



**Facilitar una adecuada integración a la sociedad acorde a su edad.**

# RECURSOS ACTUALES REHABILITACION INFANTIL

## Físicos

- Gimnasio infantil
- Box:
  - TO
  - FONO
  - KINE
  - PSICOSOCIAL



## Apoyos

- Piscina
- Treadmill
- Talleres
- Reuniones



## Profesionales

- Terapia Ocupacional 44 hrs.
- Fonoaudiología 44 hrs.
- Kinesiología 88 hrs.
- Psicología 44 hrs.
- Social 10 hrs.



# RECIEN NACIDO PRETÉRMINO

TRAST. NEUROLÓGICO

DISFAGIA Y TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

PATOLOGÍA ORTOPÉDICA

MALFORMACIONES CRANEOFACIALES

SÍNDROMES Y ALT. GENÉTICAS

ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS

ENFERMEDADES METABÓLICAS

MANEJO DE CICATRICES

TRASTORNOS DE CONDUCTA

TRASTORNOS DE INTEGRACIÓN SENSORIAL

APOYO Y MANEJO PSICOSOCIAL.

**ATENCIÓN CERRADA**

- Neonatología
- Pediatría
- UCI Pediatría
- Cirugía Infantil

**Atención Abierta**

- Poli Prematuro
- Poli Pediatría
- Poli especialidades pediátricas.
- Poli disrafia.
- Poli Cirugía infantil
- Fisiatría

**Extra Sistema**

- CESFAM
- Teletón
- Centros hospitalarios

POBLACIÓN ATENDIDA Y SERVICIOS QUE DERIVAN.

# PROTOCOLO CLÍNICO DE REHABILITACIÓN AMBULATORIA DE PREMATUROS

**ALCANCE:** Aplica a todo paciente derivado del servicio de Neonatología del Hospital Libertador Bernardo O'Higgins, que cumpla los siguientes criterios de ingreso:

**Paciente menor a 37 semanas de gestación que presente algunas de las siguientes características:**

- Todo paciente que pertenezca al Programa Prematuro del Servicio de Neonatología (Recién nacido pretérmino menor de 32 semanas y/o menor a 1500 kg al nacer).
- Paciente que su Apgar al minuto  $< 7$ .
- Paciente que en su evaluación neurológica se determine: Hemorragia cerebral + leucomalacia periventricular y/o presente algún signo clínico e imagenológico de daño neurológico.
- PEG severo.
- Oxígeno dependiente.
- Genopatía en estudio y/o confirmación.

DERIVACION A REHABILITACION  
INFANTIL VIA INTERCONSULTA

EVALUACION INICIAL POR EQUIPO  
DE REHABILITACION

CATEGORIZACION DE PACIENTES  
INTERDISCIPLINARIA

ADECUADO

LEVE

MODERADO

SEVERO

FISIATRA

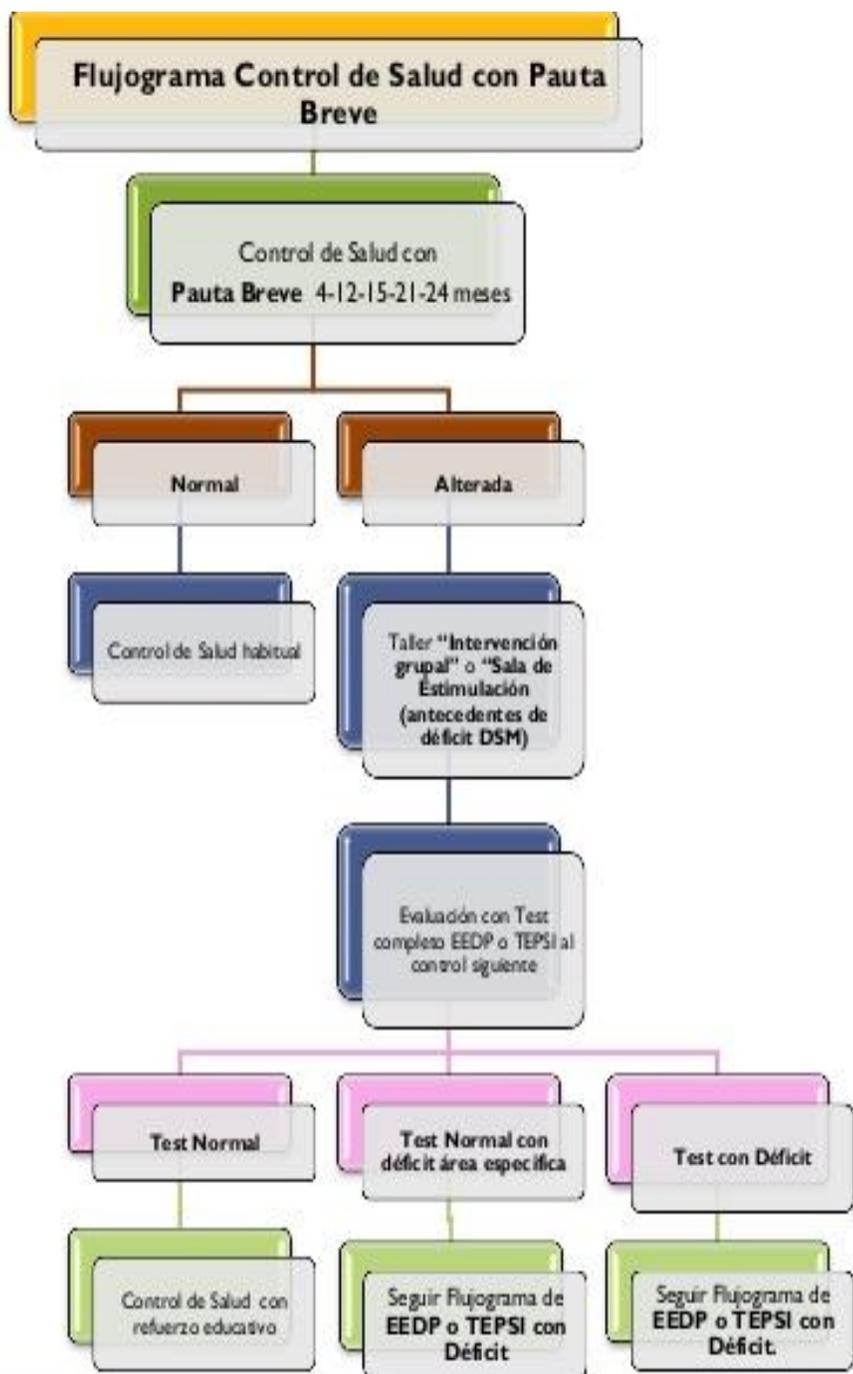
INTERVENCION  
INTERDISCIPLINARIA SEGÚN  
CATEGORIZACION

EVALUACION CADA 3  
MESES

ALTA

## ESQUEMA DE ATENCION AMBULATORIA DE REHABILITACION INFANTIL PREMATURO

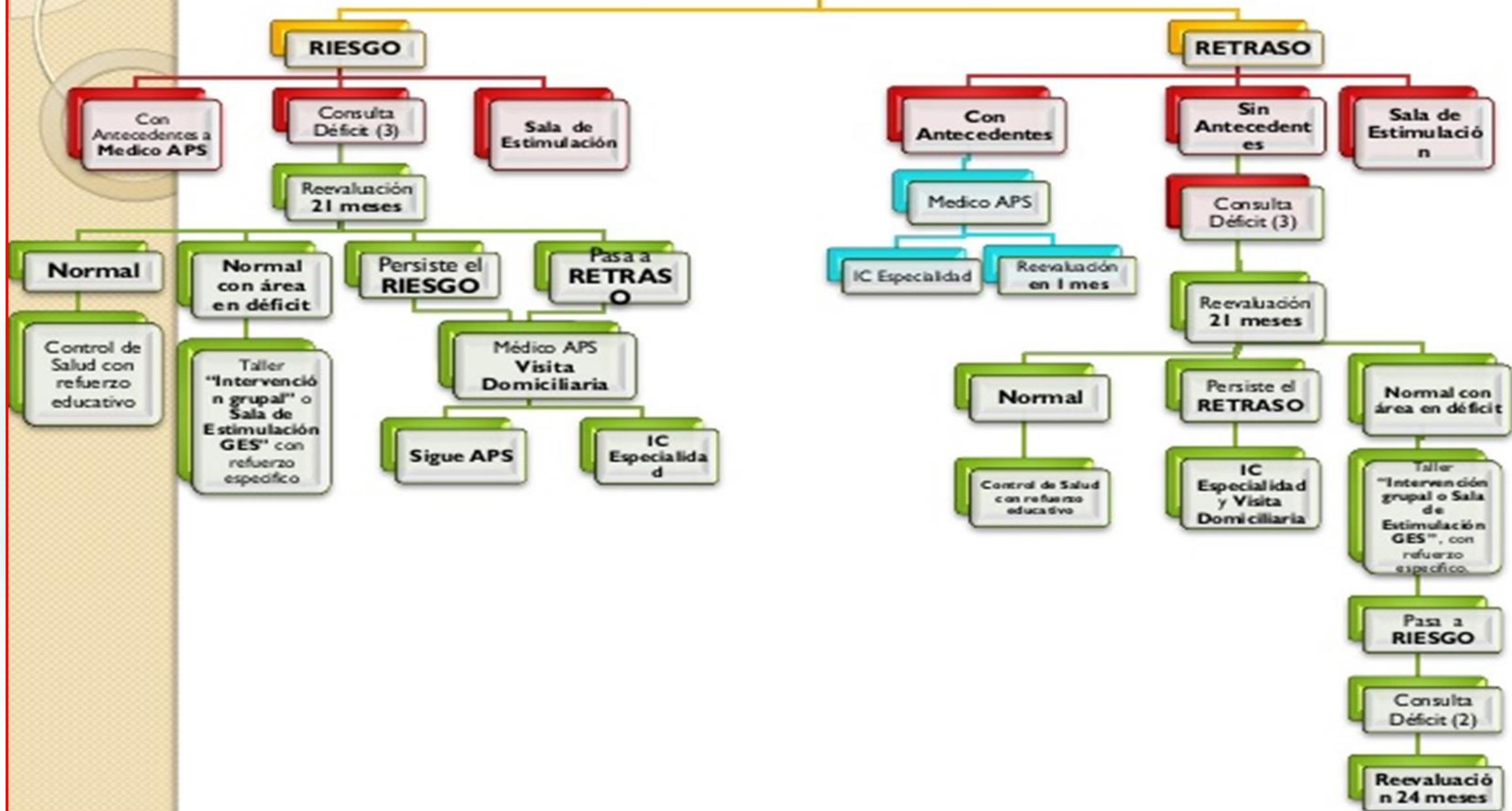




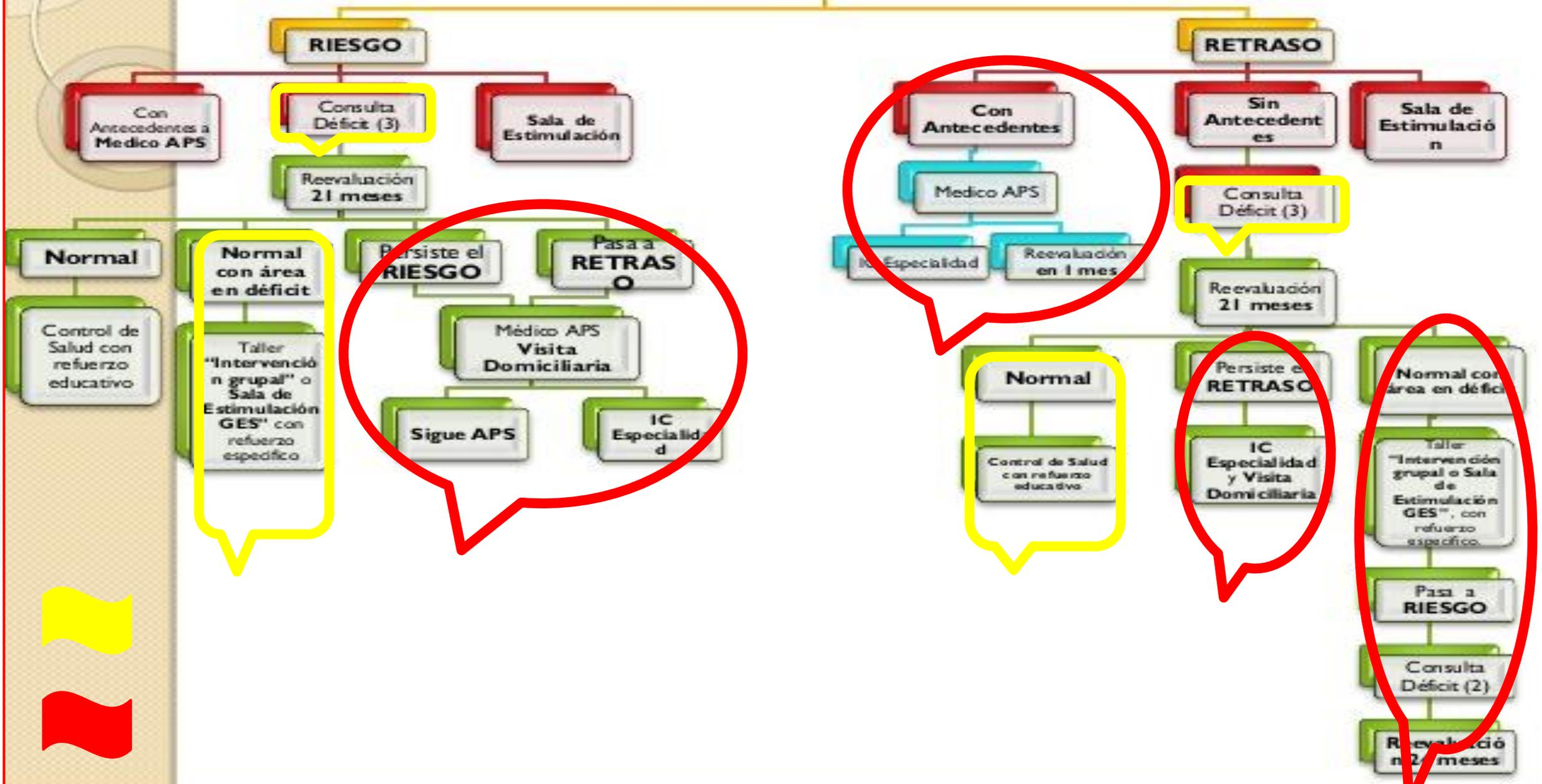
## Calendario de Controles de Salud

Recién nacido y recién nacida	Diada, antes de los 10 días de vida
	1 mes
Lactante menor	2 meses
	3 meses
	4 meses
	Consulta Nutricional al 5 mes
Lactante	6 meses
	Consulta Odontológica 6 meses
	8 meses
Lactante mayor	12 meses
	Consulta Odontológica 12 meses
	18 meses
Preescolar	2 años
	Consulta Odontológica 2 años
	3 años
	Consulta Odontológica 3 años
	Consulta Nutricional 3 años 6 meses
	4 años
	Consulta Odontológica 4 años
5 años	
Escolar	Consulta Odontológica 5 años
	6 años
	Consulta Odontológica GES 6 años
	7 años
	8 años
9 años	

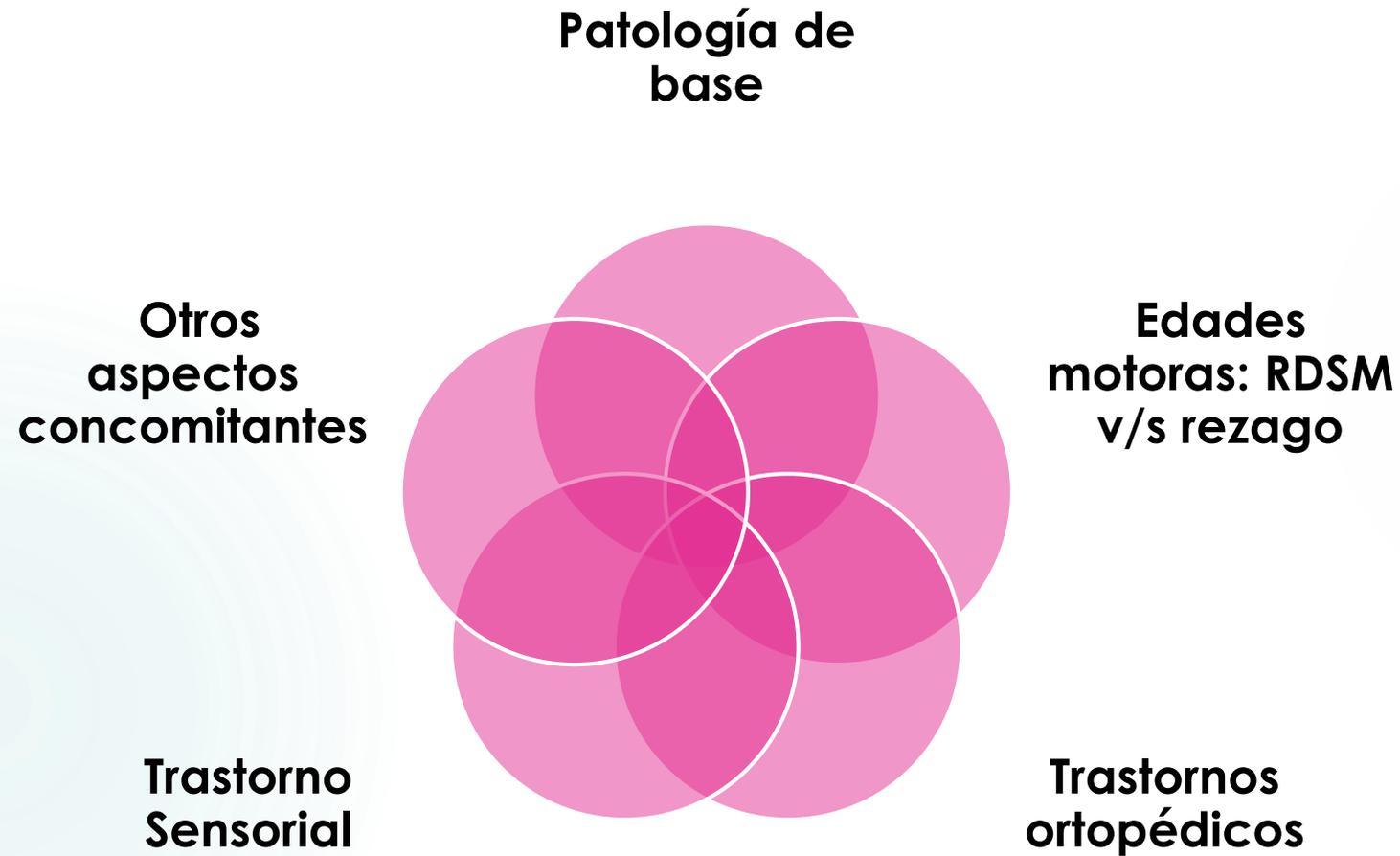
# Flujograma de EEDP con Déficit a los 18 meses



# Flujograma de EEDP con Déficit a los 18 meses



¿Por qué y cuándo derivo?



# FLUJO GRAMA DE ATENCION

**PATOLOGIA NEUROLOGICAS CON  
REQUERIMIENTO DE NEURO DESARROLLO EQUIPO**

IC FONENDO REHABILITACION INFANTIL

PERTINENCIA

OFA CONTACTA ENTREGA HORA

DIA DE LA ATENCION: RECEPCION Y RECAUDACION

- ATENCION DE INGRESO
- PERTINENCIA DEL REQUERIMIENTO DE ATENCION POR ESPECIALIDAD

HORAS POR ESTAMENTO

**PATOLOGIA NEUROLOGICAS CON  
REQUERIMIENTO DE CONFECCIÓN DE ORTESIS**

IC FONENDO REHABILITACION INFANTIL

PERTINENCIA

OFA CONTACTA ENTREGA HORA

DIA DE LA ATENCION: RECEPCION Y RECAUDACION

- CONFECCION

CONTROL



# FLUJO GRAMA DE ATENCION

## RETRASO DEL LENGUAJE CON BASE TRASTORNO NEUROLOGICO

IC FONENDO .

PERTINENCIA

CITACIÓN OFA

DÍA DE LA ATENCIÓN: RECEPCÓN Y RECAUDACION, EVALUACION

CONTROL

## DISFAGIA Y CONDUCTA ALIMENTARIA

IC FONENDO

PERTINENCIA

OFA CONTACTA ENTREGA HORA

DIA DE LA ATENCION: RECEPCION Y RECAUDACION

- EVALUACION Y ATENCION

CONTROL

# FLUJO GRAMA DE ATENCION

## PATOLOGIAS PISO PELVICO INFANTIL

IC FONENDO A NEFROLOGIA O UROLOGIA  
(DISFUNCIONES MIXIONALES >5 a)

PERTINENCIA

CONTROL MEDICO ESPECIALISTA DERIVA A  
KINE

PERTINENCIA

ATENCION DE INGRESO



## MANEJO CICATRIZ

IC FONENDO REHABILITACION INFANTIL

PERTINENCIA

OFA CONTACTA ENTREGA HORA

DIA DE LA ATENCION: RECEPCION Y  
RECAUDACION

- ATENCION DE INGRESO
- DERIVACION A TO EN CASO DE REQUERIMIENTO DE ORTESIS

CONTROL



# AATT PROGRAMA CHCC-INRPAC

- ▶ NIÑAS- NIÑOS 0 A 9 AÑOS DE EDAD
  - ▶ REGISTRO SOCIAL DE HOGARES
  - ▶ IC FISIATRIA EVALUACION REQUERIMIENTO AATT (FONENDO)
- 
- ▶ PERTINENCIA
  - ▶ HR EQUIPO DE EVALUACION, POSTULACION.

# BIBLIOGRAFIA

- ▶ Programa intrahospitalario de estimulación sensorial aplicado por Terapeutas Ocupacionales en pacientes con compromiso de conciencia secundario a TEC.2016
- ▶ Imperatore B. Erna, Curso Intervención de integración Sensorial, Corporación Chilena de integración Sensorial, 2013
- ▶ Imperatore B. Erna, Curso 1 La perspectiva de Integración Sensorial, 2012.
- ▶ Rauterberg Kay, Desarrollo normal del lactante y sus desviaciones, Editorial médica panamericana, 3º edición, 1987.



Muchas  
gracias!!