

Fundamentos de la fisioterapia pediátrica

Sesión 1

Fisioterapia Pediátrica

¿Qué es?

Es la disciplina de la fisioterapia que se encarga del asesoramiento, tratamiento y cuidado de aquellos bebés, niños/as y adolescentes que presentan un retraso general en su desarrollo, desórdenes en el movimiento (tanto congénitos como adquiridos) o que tienen riesgo de padecerlos.



Objetivos



- Influir, cambiar, conocer, programar todo lo relacionado con el desarrollo del sistema nervioso.
- Mantener y/o mejorar la capacidad funcional del niño mejorando la vida en la medida de lo posible.
- Tratar las posibles enfermedades que puedan limitar el potencial de independencia del infante.
- Enseñar y educar a los padres y familia creando un vínculo padre e hijo permitiendo así un adecuado desarrollo.
- **Prevenir** complicaciones en el desarrollo típico del infante y de algunos problemas de salud.

Funciones:

Saber el desarrollo neurológico y psicomotor típico/esperado para reconocer signos de alarma.



El juego es la herramienta principal como evaluación y como proceso terapéutico (intervención).



Saber como es el juego y ver que no solo es “usar juguetes”.



Juego significativo.



Conocer la CIF pediátrica.

Funciones:

Explorar el ambiente y entorno del niño para facilitar su aprendizaje e intervenir.



Conocer todas las áreas del desarrollo neurológico.



Conocer las patologías mas frecuentes a nivel motor, comportamental y motor infantil.

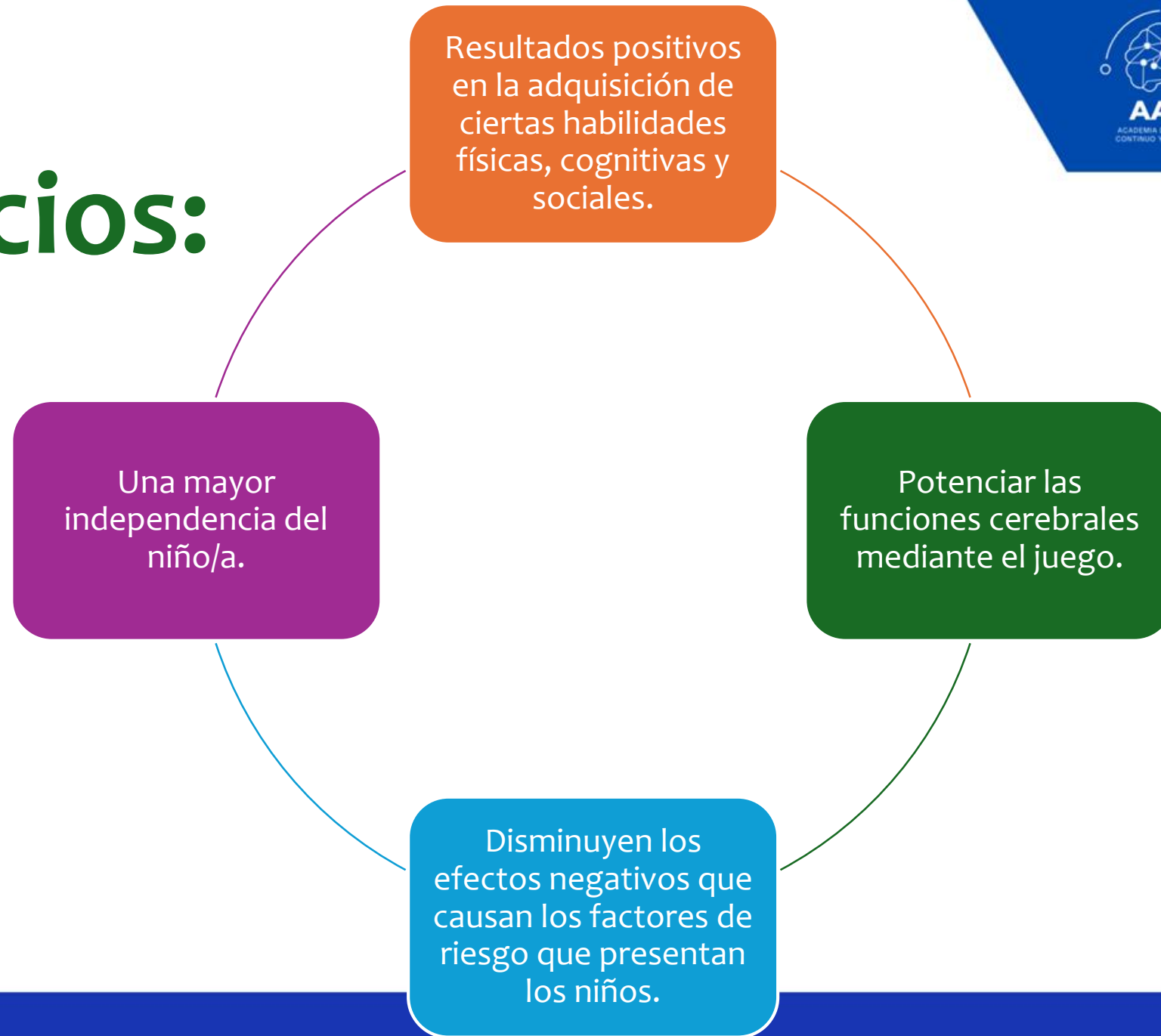


Conocer los principios de rehabilitación “control motor”.



Prevenir cualquier situación de retraso o discapacidad, minimizarlo y prevenir habilidades.

Beneficios:



¿Qué hace un fisio pediátrico?

- Valorar de forma global todas las áreas del desarrollo.
- Tratamiento o intervención terapéutica (objetivos y estrategias de abordaje).
- Apoyo a familias y cuidadores.
- Supervisa resultados.



Hitos del desarrollo motor

¿Qué son?

Hitos del desarrollo motor



Son acontecimientos o habilidades fundamentales que se orientan en la infancia por los cuales es posible medir el avance del desarrollo general.

Que esperar y que no en el 1er trimestre

	Signos de alarma
Seguimiento visual en todas las direcciones	Ausencia de seguimiento visual
Sonrisa social	Sonrisa pobre o ausente
Balbuceo no imitativo	Llanto excesivo, irritabilidad persistente
Movimiento espontaneo, global, amplio	Movimiento anormal
Libera manos	Pulgar aducido en mayores de 2 m
Sostiene y mira lo que se pone en sus manos	Hipo o hipertono
Pre-prensión	No actividad pre-prensora
Sostén cefálico	Ausencia de sostén cefálico

Que esperar y que no en el 2do trimestre

	Signos de alarma
Diálogo vocal, balbuceo no imitativo (gorjeo)	Empatía pobre, ausencia de gorjeo
Juego con su cuerpo: juego dedos, manos a la boca	Indiferencia a su cuerpo
Aproximación bimanual al objeto	Persiste tónico-flexor asimétrico
Alcance del objeto	No alcanza objetos a los 5-6 meses
Inicio de sedestación con cifosis dorsal	Hipertonía/hiperextensión troncal
Localiza fuente sonido	No se orienta a la campanilla

Que esperar y que no en el 3er trimestre

	Signos de alarma
Empatía electiva	Empatía pobre, indiferenciada
Prensión manual radial e inicio de pinzas	Ausencia de pinza y prensión
Transferencia contralateral del objeto	Mala coordinación viso-manual
Inicia juego con juguetes (exploración oral, golpea)	
Permanencia del objeto (lo busca si cae)	
Balbuceo imitativo, mono-bisílabos	Persiste gorjeo, sin mono-bisílabos
Sedestación sólida	Ausencia de sedestación sin apoyo
Pasa a sentado	Hipertonía axia
Bipedestación	Espasticidad de miembros inferiores
Desplazamientos laterales con apoyos, gateo	Persistencia de reflejos primarios

Que esperar y que no en el 4to trimestre

	Signos de alarma
Señalización hacia adelante con índice	
Prensión fina con pinza índice-pulgar (saca objeto)	
Permanencia del objeto: sigue objeto móvil, descubre objeto	
Relajación prensora: introduce objeto en recipientes	Manipulación repetitiva, torpe, asimétrica, movimientos involuntarios
Imita sonidos y fonemas de la lengua materna	Ausencia de lenguaje, no repite sonidos que oye
Inicia su carácter y personalidad (oposición)	Observación pobre
Bipedestación	Ausencia de bipedestación
Marcha independiente	Presencia de reflejos anormales

Evaluación Pediátrica

- Historia clínica pediátrica
- Reflejos
- Evaluación del desarrollo motor normal
 - Denver
 - Edi
 - Infanib
 - Gesell

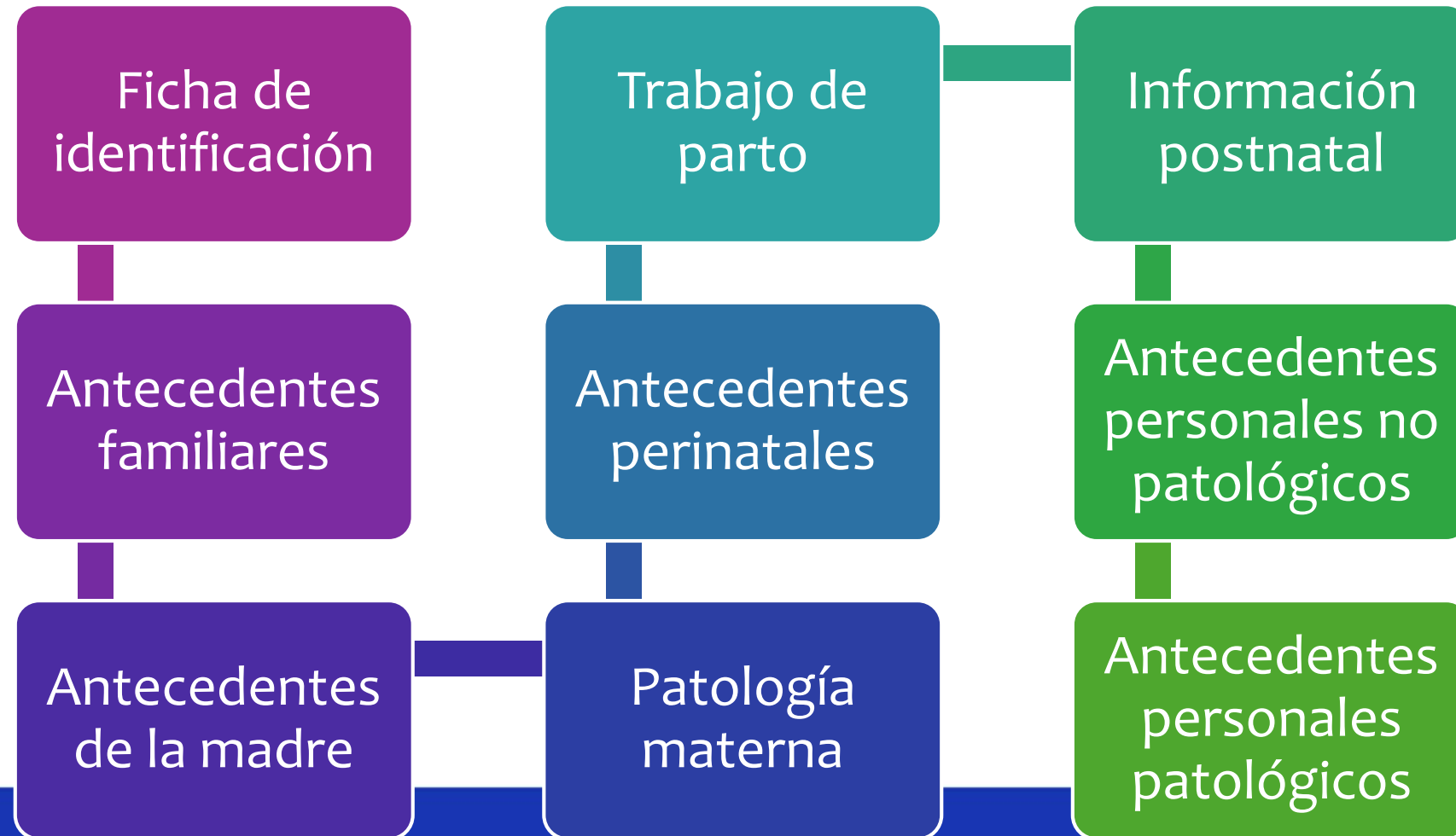


Historia Clínica Pediátrica

- Se define como el conjunto de documentos relativos a los episodios de salud y de enfermedad de una persona y de la actividad que realiza.
- Debe ser individualizada.
- Se debe realizar **SIEMPRE** al inicio.



¿Qué debe tener mi historia clínica pediátrica?



Ficha de identificación

		Femenino	Masculino		
Nombre		Sexo		Fecha	
Lugar de nacimiento		Lugar de residencia		Fecha de nacimiento	
No. De hijo	SDG	Edad vital		Edad corregida	
Peso al nacer		Peso actual		Talla al nacer	
Apgar	Circunferencia cefálica	Grupo sanguíneo	Tamiz neonatal	Tamiz auditivo	
Costumbre, creencia que pueda afectar la intervención		Con quien vive el niño (a)		Parentesco	
				Teléfono del cuidador	
Dirección		Tipo de vivienda (propia, arriendo)		Observaciones de vivienda	
Uso de equipos o ayudas externas					

Antecedentes familiares



Antecedentes familiares		
	Madre	Padre
Nombre		
Edad		
Teléfono		
Ocupación		
Escolaridad		
Toxicomanías		
AHF		
APP		
Hermanos		

Antecedentes de la madre

Antecedentes de la madre y del embarazo							
Gesta	No. Parto	Abortos	Natural	Cesárea	No. Hijos	Vivos	Fallecidos
			Parto				
Toxicomanías, alcohol, cigarro durante el embarazo				Control Perinatal (realización de ultrasonidos)			

Patología de la madre

Patología materna					
Sangrado		Accidentes		Convulsiones	
Vomito		Golpes		Rubeola	
Desnutrición		Caídas		Enfermedades	
Presión alta		Hospitalización		Infecciones vaginales o urinarias	
Otros:					

Antecedentes perinatales

Antecedentes perinatales			
Edad de la madre al parto			
Tipo de parto		Complicaciones	
Prematuro		Circulares de cordón	
A termino		Aspiración de meconio	
Fórceps		Hipoxia	
Parto natural		Anoxia	
Cesárea		Reanimación	
		Sufrimiento fetal	

Trabajo de parto

Trabajo de parto
(Parto espontáneo o inducido, anestesia, causa de cesárea, circular de cordón, apnea neonatal, ictericia, dificultad para succionar, hospitalización)

Información postnatal

Información postnatal				
	Débil		Normal	Fuerte
Llanto				
Succión				
Deglución				
Sueño				
	Si	No		
Lactancia materna			¿Cuánto tiempo?	
Medicamentos			¿Por qué? Especificar más adelante	
Intervención quirúrgica			Causa	
Incubadora			Causa y tiempo	

Antecedentes personales no patológicos y patológicos

Antecedentes personales no patológicos			
Alimentación (numero tomas, cantidad, horario)			
Hábitos de higiene			
Habitación (en donde duerme, con quien, quien lo cuida)			
Inmunizaciones			
Antecedentes personales patológicos			
Alergias		Traumas	
Infecciones		Quirúrgicos	
HTA		Hospitalarios	
Cardiopatías		Transfusiones	
Cáncer		Hospitalarios	
Diabetes		Otros:	
Enf. Reumáticas			

Referido por	Motivo de referencia a Fisioterapia
Diagnóstico médico, tratamiento previo	

Padecimiento actual	
Edad del padecimiento	
Tipo de padecimiento	
Evolución	
Complicaciones	
Intervención quirúrgica, complicaciones, transfusiones	
Medicación	

Resumen de historia clínica (en orden cronológico)

--

Medicamentos

Medicamento	Mecanismo de acción	Dosificación	Indicaciones	Contraindicaciones	Efectos secundarios

Ayudas diagnosticas

Fecha	Ayuda diagnostico	Resultado	Interpretación	Observación



MOTRICIDAD				
Edad de referencia	Motor grueso	Edad en la que lo logro	Motor fino	Edad en la que lo logro
3 meses	Control de cabeza		Toma objetos en la línea media	
	Giro			
6 meses	Se mantiene sentado con apoyo		Transfiere de una mano a otra	
	Arrastra			
9 meses	Sentado por si solo		Pinza gruesa	
	Gatea			
	De pie			
12 meses	Camina con apoyo		Pinza fina	
	Camina sin apoyo			
	Se sostiene en un pie			
18 meses	Sube escaleras		Torre de 2 o 3 cubos	
24 meses	Baja escaleras y corre			
	Controla esfínteres			
24-36 meses	Salta en dos pies			
36-48 meses	Salta en un pie		Ata agujetas	

Diagnostico fisioterapéutico

(Usar términos anatómicos, fisiológicos o relacionados con el movimiento, para describir la condición o síndrome del "sistema de movimiento humano"; incluir el nombre de la patología, enfermedad, desorden, o síntoma que está asociado con el diagnóstico; ser tan corto como sea posible)

Pronostico

(Determinar el nivel óptimo de mejoría del paciente)

Objetivos familiares

Objetivos fisioterapéuticos

Edad corregida

- Se necesita cuando el menor nació antes de las 37 semanas
- La necesitaremos sacar cuando el menor tiene menos de 2 años

Edad cronológica en semanas menos	Semanas de prematuridad	=	Edad corregida
16 semanas desde el nacimiento -	8 semanas	=	8 semanas (2 meses)

4 meses edad vital – 8 semanas prematuridad = 2 meses

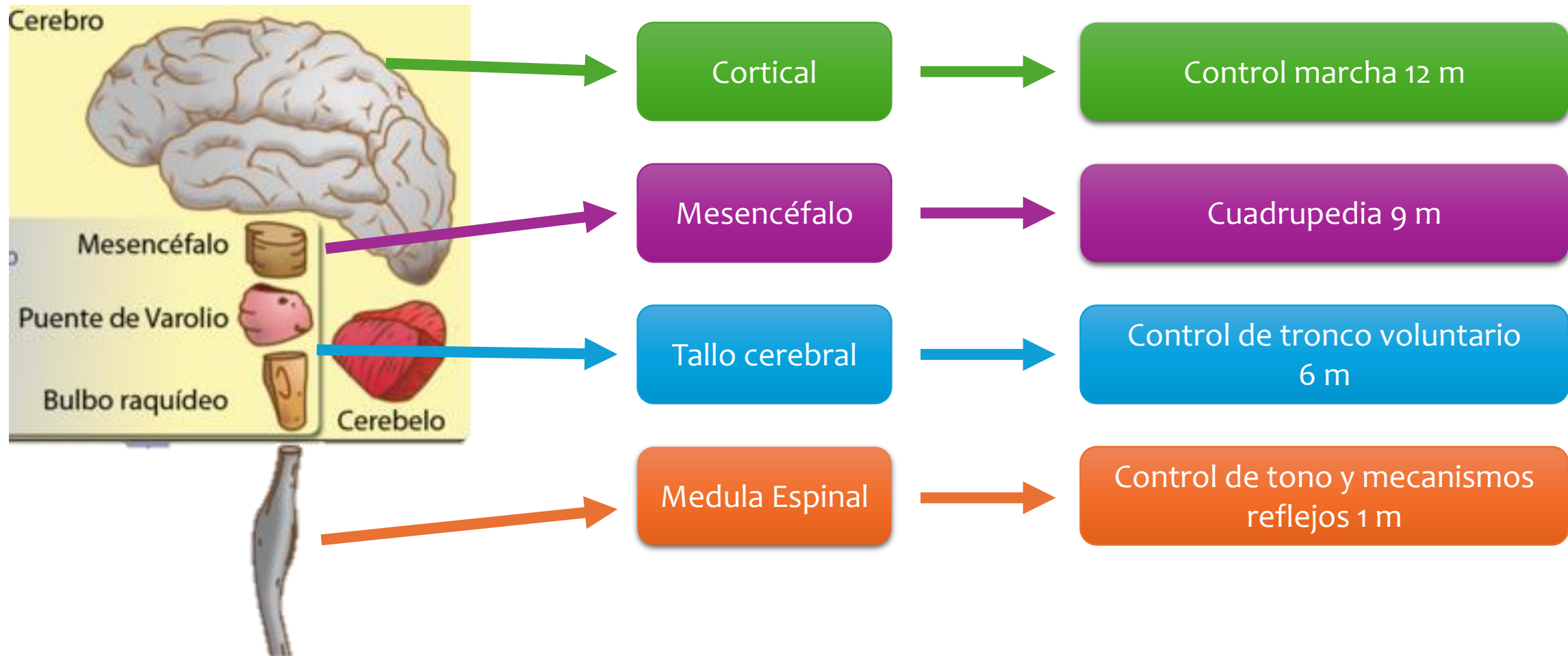
<https://www.embarazoymas.net/calculadora-de-edad-corregida-prematuros/>

<https://www.youtube.com/watch?v=5WVXuZABn9o>

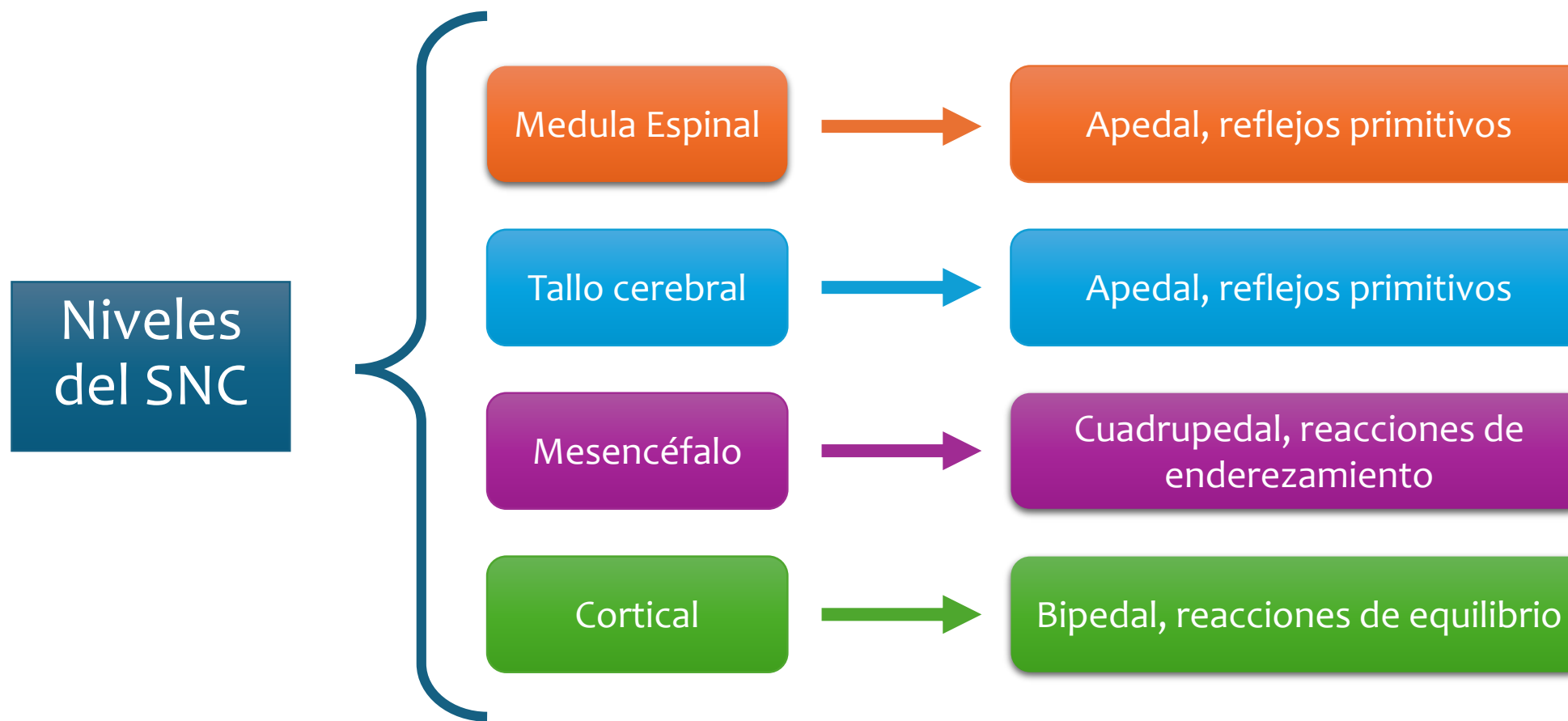


Proceso Madurativo Evolutivo del SNC

Proceso Madurativo Evolutivo del SNC



Maduración de los Reflejos



Nivel espinal

Moro



Se integra -> 6 m

Abd y extensión de MMSS,
Abd de dedos, seguido de
una flexión add, llanto o
grito.

Prensión palmar



Se integra -> 4 – 6 m

Empuña la mano, aumenta
tono flexor.

Prensión plantar



Se integra -> 9 m

Empuña la mano, aumenta
tono flexor.

Nivel espinal

Galant



Se integra -> 2 m

Incurva el tronco al lado estímulo.

Marcha automática



Se integra -> 2 m

Se inicia marcha caracterizada por buena coordinación ritmo regular, talón toca el piso, continua dorsiflexión.

Búsqueda

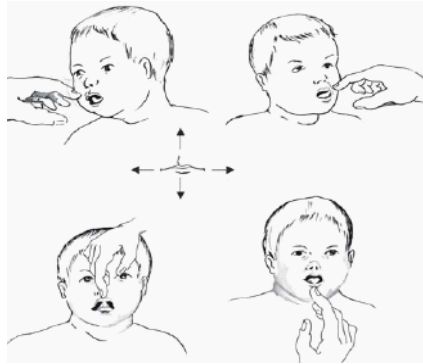


Se integra -> 2 m

El niño gira la cabeza hacia el lado estimulado y desvía la comisura hacia el mismo lado.

Nivel espinal

Puntos Cardinales



Se integra -> 2 m

La cabeza, lengua y labios se desplaza al lado estimulado.

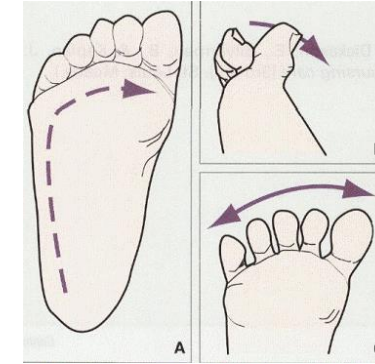
Succión



Se integra -> 6 m

Movimientos rítmicos y fuertes de succión y sin fatiga.

Babinski

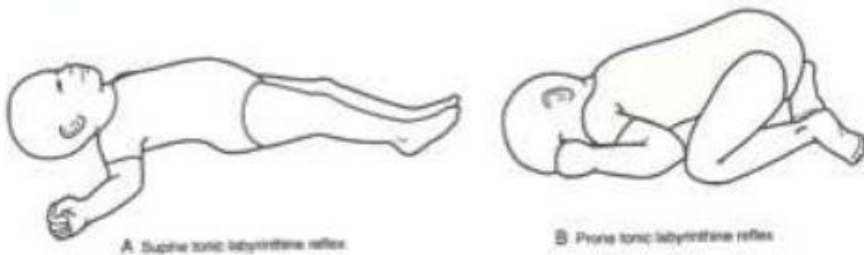


Se integra -> 18 m

Extensión del 1er orotejo.
Extensión del dedos en abanico.
Flexión de cadera y rodilla.

Nivel tallo

Tónico laberintico



Se integra -> 4 m

PRONO: Aumenta tono flexor.
SUPINO: Aumenta el tono extensor.

Tónico asimétrico de cuello



Se integra -> 4 m

FACIAL: MS-MI, se extienden.
CRANEAL: Se flexionan.
Tronco alineado.
“ESGRIMISTA”

Tónico simétrico de cuello



Se integra -> 4 m

EXT: Mmss-extensión
Mmii-flexión.
FLEX: mmss-flexión
Mmii-extensión

Nivel mesencéfalo

Cuerpo sobre
cabeza



Persiste

La cabeza sigue el
movimiento orienta la
cabeza con relación al
cuerpo.

Cuerpo sobre
cuerpo



Se integra -> 5 años

El niño rotara
segmentariamente,
tronco, cintura escapular,
y cabeza.

Landau



Se integra -> 2 años y
medio

5 mes: levanta la cabeza y la columna
cervical.
9 mes: extiende el tronco hasta la pelvis
y MMII
Año: involucra MMSS posición de avión

Nivel mesencéfalo



Reacciones
protectoras



Persiste

Extensión de los mmss.
Soporte de peso en los
mmss.

Nivel cortical

Reacciones de
equilibrio



Persiste

Ajuste del tono muscular
para el equilibrio en las
diferentes posiciones.



Evaluación del desarrollo motor

Desarrollo motor

- Es una progresión de etapas cada vez más complejas a través de las cuales los bebés logran controlar el uso de sus músculos para la postura erguida, el equilibrio y la movilidad, así como la manipulación de objetos para la interacción con el entorno.



Desarrollo motor

- Los reflejos primitivos preceden a los movimientos voluntarios y al desarrollo de las reacciones de equilibrio.
- Los reflejos primitivos deben desaparecer para que la actividad voluntaria se desarrolle.
- El tono muscular progresa de un predominio flexor en el RN, a un equilibrio flexo-extensor.



EDI

MANUAL PARA LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL "EDI"



Es una herramienta de tamizaje diseñada y validada en México para la detección temprana de problemas del neurodesarrollo en menores de 5 años de edad.

Manual de Exploración Neurológica para Niños Menores de Cinco Años en el Primer y Segundo Nivel de Atención

Este manual es una herramienta complementaria a la prueba Evaluación del Desarrollo Infantil “EDI” y surge por la necesidad de reforzar los conocimientos de los profesionales de salud en:

- 1) La exploración neurológica, para poder hacer una aproximación diagnóstica temprana.
- 2) La práctica del seguimiento neurológico.



Denver

- Es una herramienta de evaluación ampliamente utilizada para valorar el desarrollo motor, social y cognitivo.
- Tiene como objetivo medir las habilidades ya mencionadas para ver si están de acuerdo a su edad cronológica o por si tiene algún retraso o desfase en el desarrollo.

Desfase

- Actividad o hito que todavía no se concreta pero esta en proceso
- No hay daño neurológico

Retraso

- Actividad o hito que no se ha logrado
- Tiene que ver con daño neurológico
- Se considera la edad

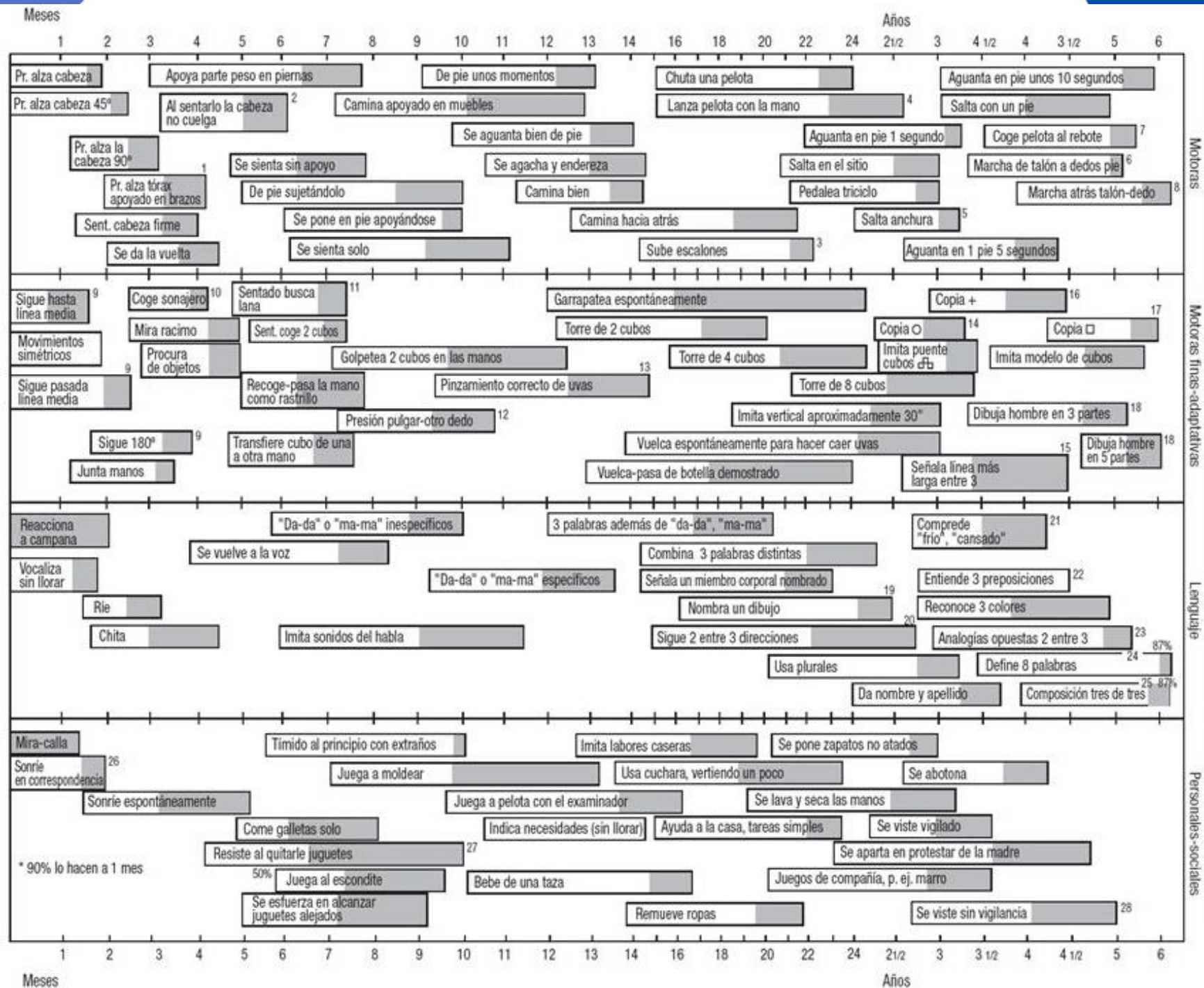
Prueba selectiva del desarrollo de Denver

Porcentaje de niños que lo hacen



Pr. = prono
Sent. = sentado

Fecha
Nombre
N.º de historia
Dirección



Infanib

Herramienta diagnóstica de integridad neurológica hasta los 18 meses.

Aporta una medida cuantificable y confiable del tono y de la postura.

INFANIB										Date of Exam: 21 April	
ITEM	START SCORE	MAJOR CHANGES	NAME	CIRCLE ONE						Corrected Gestational Age	4m
1	Birth		SUPINE	Hands closed/open	Clenched	Clenched with stress maneuver	Closed	Sometimes closed	Open	3	
2	Birth		Scarf sign	Less Than #1	1	2	3	4	5	Pass #4	3
3	Birth		Heel to ear	Over 100°	100° to 120°	120° to 140°	140° to 160°	160° to 180°	Under 10°		5
4	Birth		Popliteal angle	Under 90°	90° to 100°	100° to 110°	110° to 120°	120° to 130°	Over 170°		5
5	Birth		Lag abduction	Under 40°	40° to 60°	60° to 80°	80° to 100°	100° to 120°	Over 150°		5
6	Birth		Dorsiflexion of foot	5° to 15°	15° to 45°	45° to 90°	90° to 135°	135° to 180°			1
7	Birth	9 mos	Foot grasp	No Grasp	Barely Grasp	Average Grasp	Excessive grasp or grasp with stress maneuver				1
8	Birth	8 mos	Tonic labyrinthine supine	Absent	Some shoulder retraction or some extension of trunk or legs	Shoulder retraction and full leg extension or flexed arms and legs					5
9	Birth	6 mos	Asymmetric tonic neck reflex	Absent	Postures in, can move out	Persistent or spontaneous					1
10	Birth		Pull to sitting	Head extended Arms extended	Head up Arms out	Head flexed Arms flexed	Head flexed Arms flexed				1
11	4 mos		Body derotative	Present to both sides	Slow or mildly asymmetrical	Absent or markedly asymmetrical					3
12	9 mos		Body rotative	Present to both sides	Slow or mildly asymmetrical	Absent or markedly asymmetrical					1
13	Birth		PRONE	All fours	Lifts Head	Forearms only	Head up 45°	Bears weight on extended arms	Assumes all fours unsteadily	Assumes all fours well	Stands up through Plantigrade
14	Birth	9 mos	Tonic labyrinthine prone	Absent	Some shoulder protraction or some flexion of legs	Shoulder protraction and arms, hips, or legs under trunk					1
15	Birth		SITTING	Sitting position	1	2	3	4	5		3
16	6 mos		Sideways parachute	Present in both arms	Slow or mildly asymmetrical	Absent or markedly asymmetrical					1
17	9 mos		Backwards parachute	Present in both arms	Slow or mildly asymmetrical	Absent or markedly asymmetrical					1
18	Birth		STANDING	Weight bearing	Primitive reflex	No weight bearing	Poor weight bearing Breaks at knees	Unequal weight bearing			5
19	3 mos		Positive support reaction	Feet flat	5 to 30 sec on toes then drop to feet flat	> 30 sec on toes					3
20	7 mos		SUSPENDED	Forward parachute	Present	Slow or mildly asymmetrical	Absent or markedly asymmetrical				1

© 1994 by Patricia H. Eklund / All rights reserved.
Printed and published by Therapy Skill Builders, a division of Communication Skill Builders / 800-363-7500

Factor Scores: 10 10 4 10 18
TOTAL SCORE: 52

Corrected gestational age										SCORING									
ITEM	0-9	1-9	2-9	3-9	4-9	5-9	6-9	7-9	8-9	9-18 months	Comments								
1	Closed	Sometimes closed	Open								At any age, clenched or clenched with stress maneuver = 1								
2	1	15°	15° - 45°	45° - 60°	60° - 85°						5 = Picture matches age = 5 4 = One stage away ← or → 3 = Two stages away ←← or →→								
3	100° - 90°	90° - 60°	60° - 40°	40° - 10°							As above except definite asymmetry = 1								
4	80° - 90°	90° - 110°	110° - 150°	150° - 170°							As for #2 & 3								
5	40° - 70°	70° - 100°	100° - 130°	130° - 150°							Definite asymmetry = 1								
6	0-10° = 1 10-40° = 3 40-90° = 5	40-80° = 1 80-90° = 3	0-10° = 1 10° - 40° = 3 40° - 70° = 5 70° - 80° = 3 80° - 90° = 1								Definite asymmetry = 1								
7	Excessive grasp or grasp with stress maneuver = 1, Other = 5										Definite asymmetry = 1								
8	Shoulder retraction and full leg extension or flexed arms and legs = 1, Other = 5										Definite asymmetry = 1								
9	Persistent or spontaneous = 1, Other = 5										Definite asymmetry = 1								
10											Picture matches age = 5 One stage delay = 4 Two stage delay = 3 Three stage delay = 2 Four stage delay = 1								
11											Picture matches age = 5 One stage delay = 4 Two stage delay = 3 Three stage delay = 2 Four stage delay = 1								
12											Picture matches age = 5 One stage delay = 4 Two stage delay = 3 Three stage delay = 2 Four stage delay = 1								
13	Lifts Head	Head up 45°	Forearms only	Head up 90°	Bears weight on extended forearms	All fours unsteadily	All fours well	Plantigrade			Picture matches age = 5 One stage delay = 4 Two stage delay = 3 Three stage delay = 2 Four stage delay = 1								
14	Shoulder protraction, arms, hips or legs under trunk = 1, other = 5										Picture matches age = 5 One stage delay = 4 Two stage delay = 3 Three stage delay = 2 Four stage delay = 1								
15											Picture matches age = 5 One stage delay = 4 Two stage delay = 3 Three stage delay = 2 Four stage delay = 1								
16											Picture matches age = 5 One stage delay = 4 Two stage delay = 3 Three stage delay = 2 Four stage delay = 1								
17											Picture matches age = 5 One stage delay = 4 Two stage delay = 3 Three stage delay = 2 Four stage delay = 1								
18	Primitive Reflex	No weight bearing	Poor weight bearing Breaks at knee	Unequal weight bearing							Picture matches age = 5 One stage delay = 4 Two stage delay = 3 Three stage delay = 2 Four stage delay = 1								
19											Picture matches age = 5 One stage delay = 4 Two stage delay = 3 Three stage delay = 2 Four stage delay = 1								
20											Picture matches age = 5 One stage delay = 4 Two stage delay = 3 Three stage delay = 2 Four stage delay = 1								

Degree of normality/abnormality based on total score

Less than 4 months	4 to 6 months	8 months or more
Abnormal < 46	Abnormal < 54	Abnormal < 68
Transient 49 - 65	Transient 55-71	Transient 69-82
Normal ≥ 66	Normal ≥ 72	Normal ≥ 83

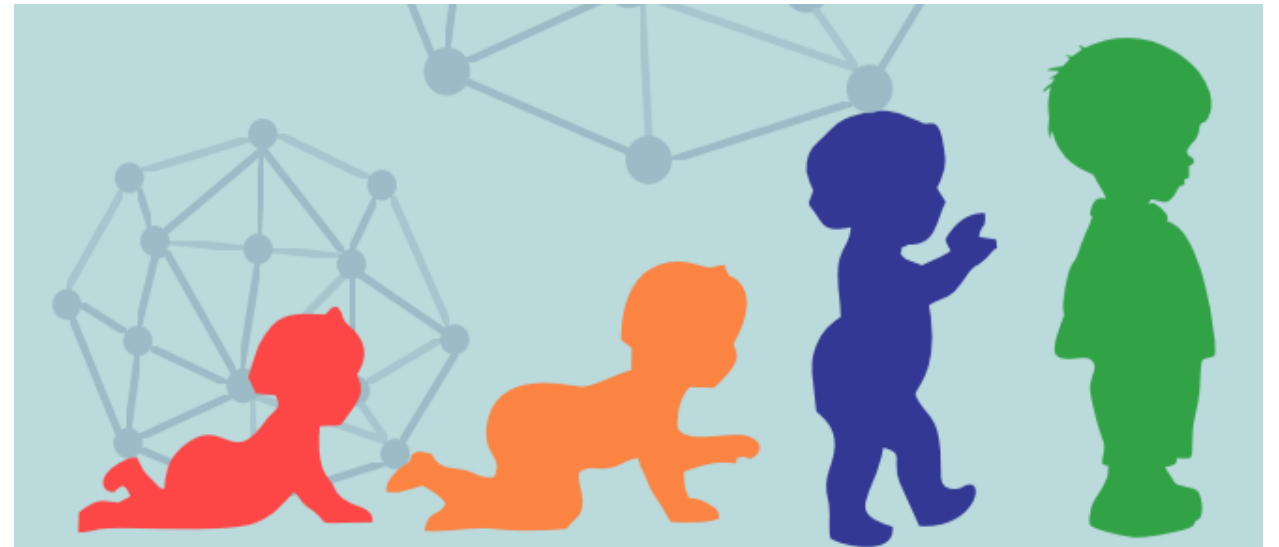
Category of abnormality

If abnormal, choose a category

☐ Spastic Tetraparesis/Dyskinesia ☐ Spastic Hemiparesis ☐ Spastic Diplegia ☐ Hypotonia

Gesell

Instrumento objetivo para
estimar y pronosticar el grado
de madurez y las formas
individuales en que se
desarrollan los niños según su
edad cronológica.



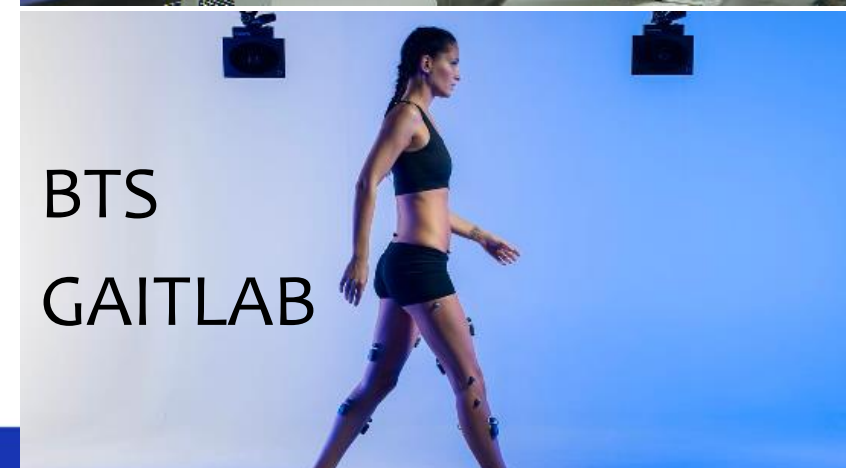
Tecnología de imágenes y análisis de movimiento

- Las tecnologías que son usadas en la actualidad a nivel mundial incluyen dispositivos opto-electrónicos para el análisis biomecánico, como los llamados laboratorios de análisis de movimiento o análisis de marcha.



Motor and cognitive rehabilitation

The system is suitable for the rehabilitation of patients of any age, with both sensory motor deficits or cognitive deficits.



BTS
GAITLAB

Sirven para:

- Guiar decisiones acerca de las cirugías, la colocación de corsés/dispositivos ortopédicos, la gestión médica y la rehabilitación.
- Evaluar mejor los resultados del tratamiento en la movilidad de un niño y su capacidad de realizar las AVD.
- Proporcionar una comprensión más clara de cómo un niño usa sus dispositivos para caminar o su silla de ruedas.
- Detectar cambios sutiles con el tiempo y así prevenir o minimizar la pérdida de la función.



- <https://www.facebook.com/watch/?v=435618048561483>
- https://www.youtube.com/watch?v=E7iMI-_DCLs

Principales trastornos del desarrollo motor

Trastorno en la motricidad

- Comprenden un conjunto alteraciones que se caracterizan por deficiencias en las habilidades motrices.



- De acuerdo con el DSM-5 se pueden clasificar en trastorno del desarrollo de la coordinación, trastorno de movimientos estereotipados y trastornos de tics.



Trastorno del desarrollo de la coordinación

Se caracteriza por un lento desarrollo en la coordinación motriz.

Las conductas comunes son torpeza general, problemas de equilibrio y adquisición lenta de las habilidades básicas como brincar...

Trastorno de movimientos estereotipados

Es una tendencia por repetir conductas sin tener ningún objetivo particular, como por ejemplo agitar las manos.

No se conocen sus causas y el diagnóstico puede hacerse con base en la mera observación.



Trastornos de tics

Los tics pueden aparecer intermitentemente en frecuencia pero persisten durante más de un año desde la aparición del 1er tic.

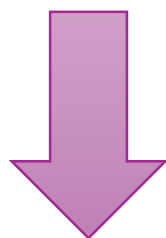
Incluye el trastorno Gilles de la Tourette, trastorno de tics motores o vocales persistente y trastorno de tics transitorio.

Ética y consideraciones legales

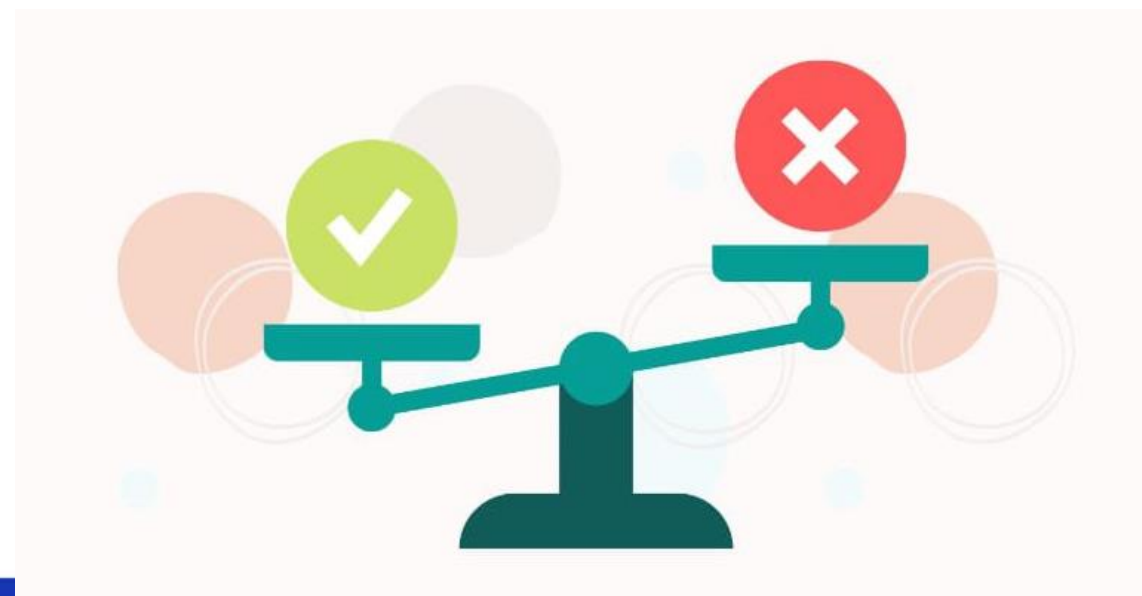
Ética en fisioterapia

- La ética profesional es la disciplina que tiene por objetivo determinar el conjunto de responsabilidades éticas y morales que surgen en relación con el ejercicio de una profesión.

La ética en Fisioterapia



es la ética del buen cuidar



La ética profesional de la Fisioterapia está unida al concepto de cuidado, el cual comprende cuatro sentidos:

Tener capacidad de ponerse en el lugar de la persona afectada, solidarizarse con ella y compartir en cierto modo sus sentimientos.

Hacer por los otros lo que ellos no pueden hacer por sí mismos y necesitan o desean hacer.

Invitar al otro a que confíe en nosotros y vea que nos tomamos el problema como nuestro.

Poner todos los recursos personales y técnicos y llevar a cabo con esmero todos los procedimientos al servicio del enfermo.

ARTÍCULO 3°

- Conducirse con justicia, honradez, honestidad, diligencia, lealtad, respeto, formalidad, discreción, honorabilidad, responsabilidad, sinceridad, probidad, dignidad, buena fe y en estricta observancia a las normas legales y éticas de la Fisioterapia.

ARTÍCULO 4°

- Solamente se responsabilizará de los asuntos cuando tenga capacidad para atenderlos e indicará los alcances de su trabajo y limitaciones inherentes. Aceptará únicamente los cargos para los cuales cuente con los nombramientos necesarios y suficientes y realizando en éstos todas sus actividades con responsabilidad, efectividad y calidad

ARTÍCULO 8°

- Respetar en todo momento los derechos humanos de su cliente, colegas y sociedad en general.

ARTÍCULO 10°

- Ofrecer sus servicios profesionales de acuerdo con su capacidad científica y técnica. Esta circunstancia debe observarse en la publicidad que él mismo haga de sus servicios en cualquier medio informativo y promocional.

Consentimiento informado

- El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud.
- Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas.

El consentimiento informado consta de dos partes:

Derecho a la información

Debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva.

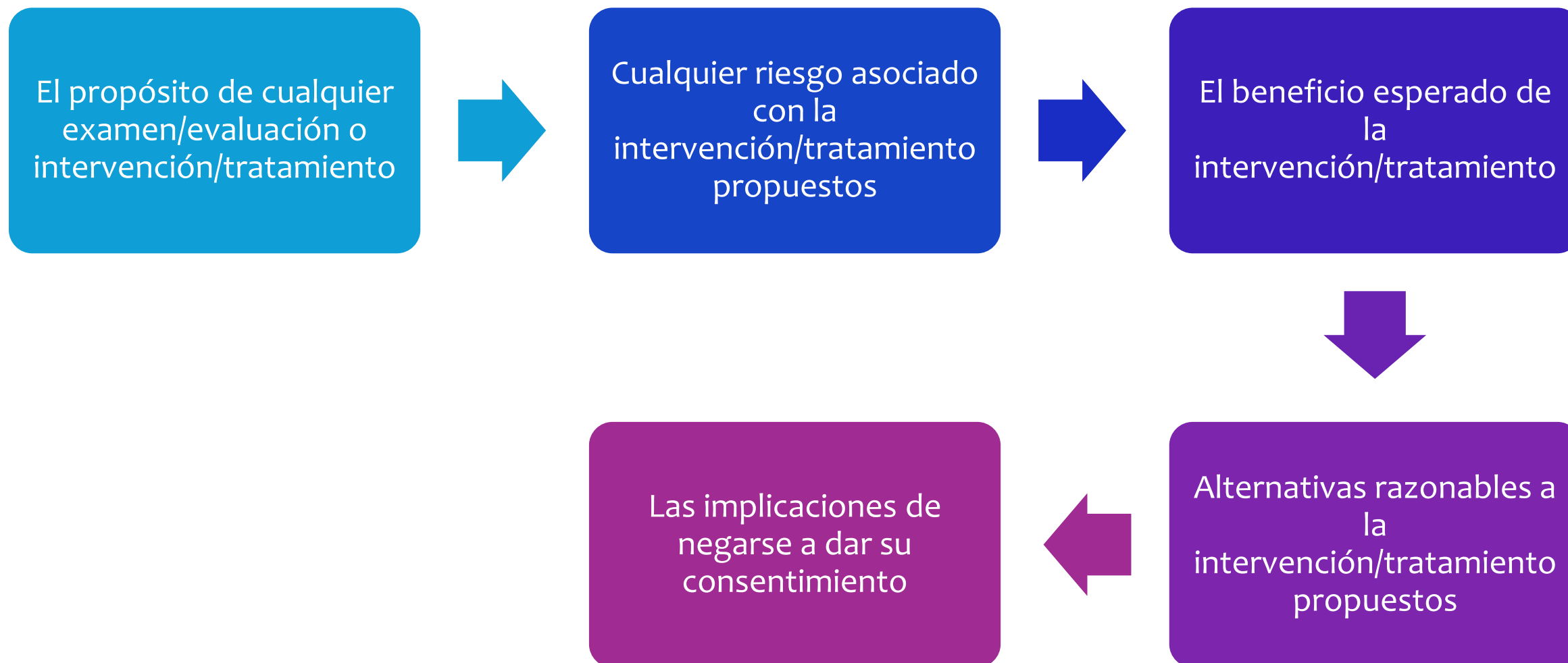
Dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración.

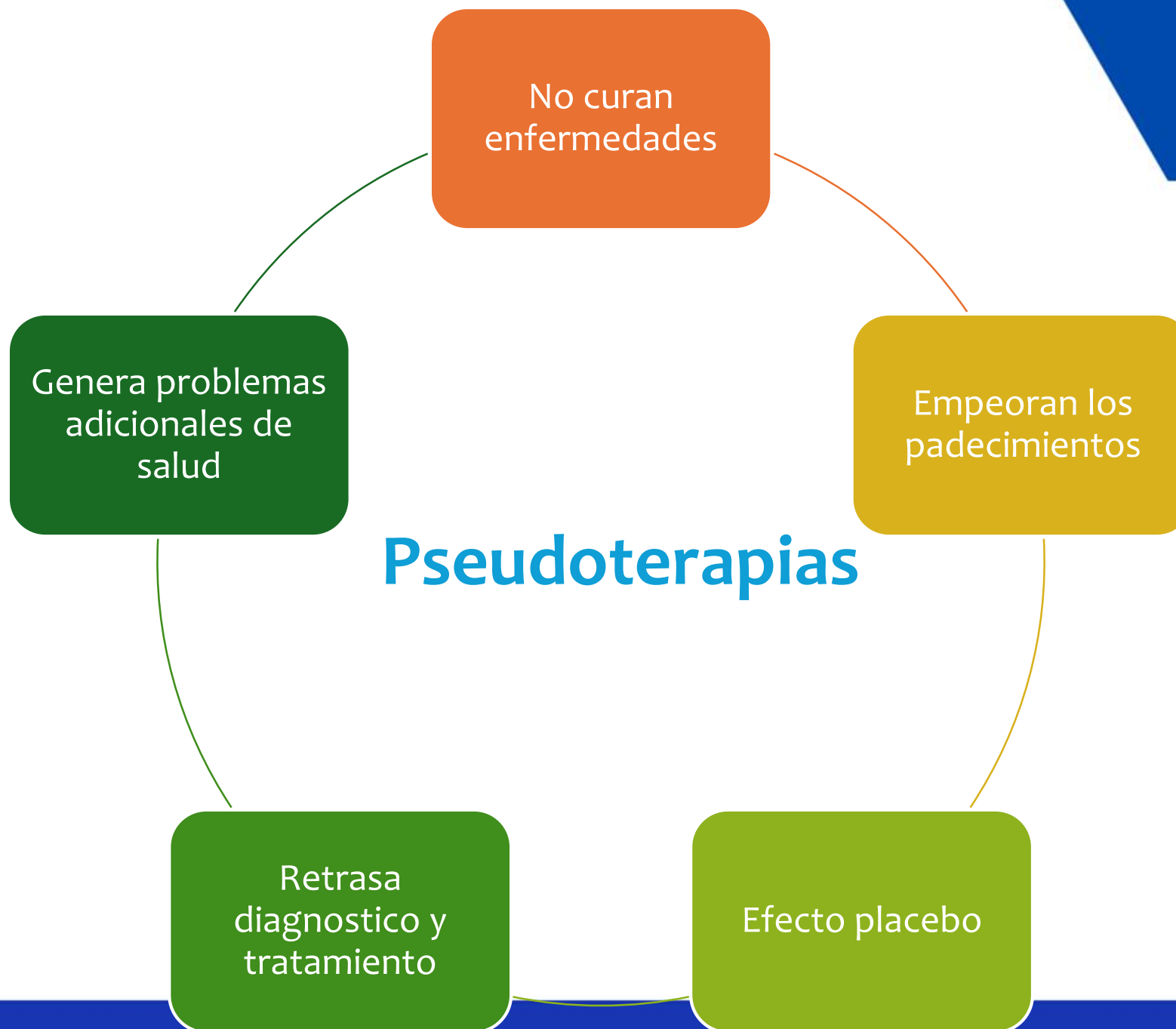
Libertad de elección

El paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento.

Privilegiar la autonomía.

Los pacientes/clientes deben conocer:





Derechos de los pacientes

- Servicios de fisioterapia proporcionados éticamente sin discriminación de acuerdo con los mejores intereses del paciente/cliente.
- Servicios proporcionados por fisioterapeutas libres de emitir juicios clínicos y éticos, sin influencia externa.
- Servicios prestados por fisioterapeutas que pueden ejercer su juicio profesional de acuerdo con su educación y experiencia.
- Solicitar una segunda opinión de otro fisioterapeuta en cualquier etapa.
- Elegir libremente y cambiar su fisioterapeuta o institución de atención médica, ya sea en el sector público o privado.
- Representación, si no pueden actuar en su propio nombre.

- Información en la que basar la decisión de brindar o negar su consentimiento para el examen/evaluación y la intervención/tratamiento.
- Rechazar el examen/evaluación y la intervención/tratamiento en cualquier etapa, sin que ello perjudique la futura atención.
- Recibir información sobre ellos mismos registrada en su historia médica.
- Recibir información sobre políticas de práctica, cargos por los servicios y plan de intervención y sus requisitos de compromiso y cumplimiento.
- Si alguna persona debe ser informada en su nombre, poder elegir a quién.
- Discutir las opciones de intervención/tratamiento de fisioterapia, beneficios, riesgos y efectos secundarios

Derechos del infante

Capítulo Noveno Del Derecho a la Protección de la Salud y a la Seguridad Social

Artículo 50. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad.

XII. Disponer lo necesario para que niñas, niños y adolescentes con discapacidad reciban la atención apropiada a su condición, que los rehabilite, mejore su calidad de vida, facilite su interacción e inclusión social y permita un ejercicio igualitario de sus derechos.



Confidencialidad

- Los pacientes/clientes tienen derecho a la confidencialidad.
- Toda información relacionada con el estado de salud, el diagnóstico, el pronóstico, las intervenciones/tratamientos o cualquier otra información personal que se obtenga de ellos debe mantenerse confidencial.



Actividad: Caso clínico interactivo: evalúa, decide y actúa.



Tomás es un niño de 3 años recién cumplidos, hijo único, que vive con sus padres en una zona urbana. Acude a consulta derivado por su pediatra, quien ha notado posibles señales de retraso en el desarrollo motor durante los chequeos de rutina. Es la primera vez que asiste a fisioterapia pediátrica.

Datos proporcionados por la familia:

- Empezó a sentarse sin apoyo a los 10 meses.
- Comenzó a caminar de manera inestable a los 22 meses, pero aún tiene dificultad para subir escaleras sin ayuda.
- Tiene una postura encorvada y evita actividades que impliquen correr o saltar.
- Sus padres refieren que es un niño alegre, pero que se frustra fácilmente cuando no logra completar actividades físicas.
- Asiste a guardería, donde su educadora ha notado que prefiere juegos pasivos y que se cansa rápidamente.

Observación directa durante la valoración inicial:

- Al evaluar el control postural en sedestación prolongada, presenta hipotonía leve.
- Su equilibrio en bipedestación es inestable.
- El salto con ambos pies no está presente.
- Le cuesta seguir instrucciones en actividades dirigidas, aunque responde bien a estímulos visuales.
- No hay diagnóstico médico confirmado, pero se sospecha de un posible trastorno del desarrollo de la coordinación (TDC).

Condiciones del entorno:

- La familia está abierta a participar activamente en el proceso terapéutico.
- Su madre es quien lo acompaña a terapia, pero muestra ansiedad por “no saber cómo ayudarlo en casa”.
- Tienen acceso a tecnología básica (teléfono móvil, tablet, conexión a internet).

Análisis por equipos

- Indiquen qué herramientas utilizarían para la evaluación del desarrollo motor.
- Analicen si Tomás presenta alteraciones en los hitos del desarrollo.
- Describan cómo la tecnología de imágenes o análisis de movimiento (p. ej., videos, sensores, IA) podría ayudar en este caso.
- Propongan un objetivo terapéutico inicial centrado en el niño y en la familia.
- Expongan un aspecto ético que deben cuidar durante la intervención y tratamiento (por ejemplo: consentimiento, intervención interdisciplinaria, participación familiar).