

CONSEJERÍA DE SALUD

PROCESO
PROCESO
ASISTENCIAL
ASISTENCIAL
INTEGRADO
INTEGRADO

TRASTORNOS DEL DESARROLLO CON DISCAPACIDAD MOTORA



PROCESO
PROCESO
ASISTENCIAL
ASISTENCIAL
INTEGRADO
INTEGRADO



TRASTORNOS DEL
DESARROLLO CON
DISCAPACIDAD MOTORA

TRASTORNOS del desarrollo con
discapacidad motora : proceso asistencial
integrado / [autoría, Nuria Mendoza Olivares,
Antonio Pons Tubío (coordinadores) ; Matilde
Rita Calero Fernández ... et al.]. --
[Sevilla] : Consejería de Salud, [2010]
118 p. : gráf., tablas ; 24 cm + 1 CDROM
1. Discapacidades del desarrollo
2. Actividad motora I. Mendoza Olivares, Nuria
II. Pons Tubío, Antonio III. Calero Fernández,
Matilde Rita IV. Andalucía. Consejería de
Salud
WS 350.6

AUTORÍA

Nuria Mendoza Olivares (Coordinadora)
Antonio Pons Tubío (Coordinador)

Matilde Rita Calero Fernández
Rafael Camino León
Juan Andrés Conejero Casares
M^a Angeles Coronado Morales
Isabel Enciso Berge
Esther Garrido Sánchez
Eugenia Lara Quesada
Lucía Lazo Batanero
Jose Miguel López Garcia
Maribel López Ferro
Javier Márquez Rivas
M^a del Carmen Rubio Rodway
Antonio Sagués Amadó
Víctor Sarmiento González Nieto
Amalia Suárez Ramos

EVALUADOR EXTERNO

Julio Ramos Lizana

Edita: Junta de Andalucía, Consejería de Salud

ISBN: 978-84-693-2627-5

D. L.: S. 777-2010

Maquetación e impresión: Forma Animada S.L.L.

Presentación

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen la ciudadanía y los profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones en salud hasta lograr un grado de homogeneidad óptimo.

Se trata pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario o la usuaria.

Cuando nos referimos a la Gestión por Procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de los problemas de salud definidos y ello conlleva el análisis de las actuaciones desde que una persona demanda asistencia hasta que esta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

La publicación que se presenta recoge el fruto del importante esfuerzo que ha realizado la organización sanitaria pública de Andalucía, y en especial las profesionales y los profesionales que prestan la asistencia, por analizar como se están realizando las cosas y, sobre todo, como deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta.

Esta publicación pretende, en el marco de los Procesos Asistenciales, ofertar el servicio de Atención Temprana de manera integrada a los menores que precisan un seguimiento especial por presentar Trastornos del Desarrollo con Discapacidad Motora o riesgo de padecerlos así cómo a sus familias con la finalidad principal de obtener el máximo de sus competencias, consiguiendo una mejora en su calidad de vida y de su familia.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con el Proceso Asistencial Trastornos del Desarrollo con Discapacidad Motora en Andalucía y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Josefa Ruiz Fernández
Secretaria General de Salud Pública y Participación

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. DEFINICIÓN GLOBAL.....	9
3. COMPONENTES.....	11
- Descripción general	11
- Profesionales. Actividades Características de calidad.....	15
4. REPRESENTACIÓN GRÁFICA.....	57
5. INDICADORES.....	63
ANEXOS	
Anexo 1: Eje IV de la ODAT.....	67
Anexo 2: Trastornos Generales y Focales que afectan al desarrollo motor.....	69
Anexo 3: Signos de alerta en área motora.....	73
Anexo 4: Escala de Haizea - LLevant.....	75
Anexo 5: Plan de Cuidados de Enfermería.....	77
Anexo 6: Escalas.....	99
Anexo 7: Exploración de la marcha.....	101
Anexo 8: Apgar familiar.....	103
Anexo 9: Informe de escolarización.....	105
Anexo 10: Valoración foniatría.....	107
Anexo 11: Técnicas quirúrgicas recomendadas en las deformidades ortopédicas en menores de 6 años con parálisis cerebral.....	109
Anexo 12: Necesidades estructurales.....	111
GLOSARIO.....	113
RECURSOS.....	115
BIBLIOGRAFÍA.....	117

1

INTRODUCCIÓN

"Nuestro objetivo es que no dejemos de hacer nunca nada (...). No siempre es posible, pero la mayoría de las veces se trata sólo de hacerlo de otra manera", dice Màrius Serra en su libro "Quieto", a propósito de su hijo, nacido con una encefalopatía.

En este subproceso dedicado a niños con discapacidad motora o riesgo de padecerla, el objetivo de los diversos profesionales que hemos colaborado ha sido esencialmente el mismo. Durante meses nos hemos reunido y tratado de acercarnos a esos niños y niñas y sus familias, para facilitar su acceso al Sistema de Salud de una forma preferente y organizada, y resolver en coordinación con otros sectores los problemas en el entorno más cercano a ellos.

Según la encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia 2008 (INE), en España 2 de cada 1000 niños menores de 5 años tiene dificultad para mantenerse sentados sin apoyo, y 2.37 de cada 1000 para permanecer de pie sin apoyo. 2,57 de cada 1000 presentan debilidad o rigidez al mover los brazos y 3.95 de cada 1000 en las piernas. Por todos ellos hemos aunado esfuerzos: para tratar o paliar estas dificultades, pero resaltando también la importancia de prevenir. En Andalucía hay una apuesta evidente por la investigación, y la posibilidad de establecer un diagnóstico prenatal, y el asesoramiento genético resultan esenciales para disminuir estas cifras.

Esperamos que este proceso sea una guía útil para coordinar la labor de los profesionales que los atienden, y que mejore la calidad de vida de estos niños y niñas y sus familias.

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Definición funcional:

Conjunto de actuaciones coordinadas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía desarrolladas por profesionales de distintos sectores que atienden a la población infantil, familiares y entorno, cuya finalidad es la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los trastornos del desarrollo que afectan predominantemente al área motora de niños y niñas de 0 a 6 años. (Anexo 1).

Límite de entrada:

- Sospecha de trastorno en el desarrollo motor.
- Diagnóstico definitivo de enfermedad motora que pueda afectar a un correcto desarrollo.

Límite final:

- Confirmación de un adecuado desarrollo motor.
- Niños y niñas mayores de 6 años.

Límites marginales:

- Población infantil con dificultades motoras pero con predominio de otros trastornos asociados, tratados en otros subprocesos de Atención Temprana y a quienes sus trastornos motores se tratarán tomando en consideración los contenidos de este subproceso
- Alteraciones motrices de origen traumático o malformativo que precisen exclusivamente tratamiento ortopédico (médico y/o quirúrgico).

Observaciones

Este subproceso está dedicado a aquellos niños y niñas con Trastornos Generalizados y Focales que afectan al desarrollo motor y no exclusivamente a aquellos afectados de Parálisis Cerebral (PC). (Anexo 2)

3 COMPONENTES

Descripción general

QUÉ	1. DIAGNÓSTICO
QUIÉN	Profesionales de Pediatría y/o de Medicina de Familia, de Medicina Física y Rehabilitación, de Traumatología de Neurocirugía / Enfermera
CUÁNDO	Tras el nacimiento/ Tras detectar riesgos o alteraciones
DÓNDE	Centro de Salud/ Hospital
CÓMO	Anamnesis de los hitos del desarrollo motor/ Valoración de signos de alerta

QUÉ	2. DERIVACIÓN
QUIÉN	Profesionales de Pediatría y/o Medicina de Familia
CUÁNDO	Tras sospecha de alteración motora
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Protocolo específico
QUÉ	3. INTERVENCIÓN SOBRE FAMILIA CON FACTORES DE RIESGO SOCIAL QUE PUEDAN INFLUIR EN EL DESARROLLO
QUIÉN	Profesionales del SSPA, de Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT), de Centros de Educación Infantil, de los Servicios Sociales Comunitarios (SS SS CC), del Equipo de orientación educativa (EOE.)
CUÁNDO	Tras detección activa.
DÓNDE	En todos los ámbitos
CÓMO	Plan individualizado de Intervención Familiar.
QUÉ	4. VALORACIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA.
QUIÉN	Pediatría de la Unidad de Neuropediatría / Pediatra Hospitalario / Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Traumatología, Neurocirugía
CUÁNDO	Tras derivación desde AP a Pediatría de atención hospitalaria.
DÓNDE	Hospital.
CÓMO	Protocolos específicos.

QUÉ	5. ELABORACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPARTIDA (PAC) Y COORDINACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN TEMPRANA (PIAT)
------------	---

QUIÉN	Todos los profesionales.
CUÁNDO	Tras diagnóstico sindrómico o etiológico.
DÓNDE	Hospita l/ Atención Primaria/ CAIT/ Educación.
CÓMO	PAC / Realizar una valoración individualizada de las necesidades del niño o niña/ Plan de Tratamiento compartido/ Comunicación por vía de Hoja de Interconsulta o Reunión de Equipo de Orientación Terapéutica/ Información a su Pediatra AP mediante documento escrito.

QUÉ	6. INTERVENCION EN CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA
------------	---

QUIÉN	Equipo de profesionales del CAIT.
CUÁNDO	Tras la derivación por Pediatra.
DÓNDE	CAIT.
CÓMO	Programa Individualizado de Atención Temprana (PIAT).

QUÉ	7. ATENCIÓN Y CUIDADOS EN LA FAMILIA Y ENTORNO
------------	---

QUIÉN	Todos los profesionales implicados en el seguimiento del niño o la niña y su familia.
CUÁNDO	En cualquier contacto con los diferentes niveles y sectores.
DÓNDE	En cualquier ámbito.
CÓMO	Mediante protocolos, entrevista, visita domiciliaria, Escuela de Padres.

QUÉ	8. TRATAMIENTO REHABILITADOR
QUIÉN	Especialista en Medicina Física y Rehabilitación/ Fisioterapeuta/ Terapeuta Ocupacional/ Logopeda/ Técnico Ortopédico/ Enfermera AP/ Equipo de Orientación Educativa/ Familia.
CUÁNDO	Tras la elaboración del Plan de Tratamiento.
DÓNDE	Hospital/ CAIT/ Centro de Salud/ Centro Educativo/ Domicilio.
CÓMO	Guías de práctica clínica y/o protocolos específicos
QUÉ	9. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
QUIÉN	Pediatría de la Unidad de Neuropediatría/ Pediatra Hospitalario/ Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Traumatología, Neurocirugía.
CUÁNDO	Tras la elaboración del Plan de Tratamiento Individualizado.
DÓNDE	Hospital.
CÓMO	Guías de práctica clínica y/o protocolos específicos
QUÉ	10. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
QUIÉN	Cirujano ortopédico / Especialista en Neurocirugía
CUÁNDO	Según diagnóstico y evolución.
DÓNDE	Hospital.
CÓMO	Protocolos específicos. Proceso de soporte Bloque Quirúrgico.
QUÉ	11. INTERVENCIÓN EDUCATIVA
QUIÉN	Tutor o Tutora/ Profesionales especialistas en Pedagogía Terapéutica (PT) y/o Audición y Lenguaje (AL)/ Monitores/ Equipos de Orientación Educativa/ Equipos de Orientación Educativa Especializados - Discapacidad Motora; Atención Temprana.
CUÁNDO	Desde la solicitud de plaza escolar en el Centro Educativo (mes de marzo del curso escolar anterior).
DÓNDE	Centro Educativo.
CÓMO	Protocolos específicos.



Profesionales. Actividades. Características de calidad

Profesionales de Pediatría y/o Medicina de Familia, de Medicina Física y Rehabilitación, de Traumatología, de Neurocirugía/ Enfermera

Actividades	Características de calidad
1º Diagnostico	<ol style="list-style-type: none">1. Anamnesis dirigida específica del área motora.<ul style="list-style-type: none">• Antecedentes familiares relacionados con discapacidad motora, presencia de consanguinidad.• Antecedentes obstétricos: movimientos fetales, presencia de oligoamnios, cordón corto, infecciones.• Antecedentes perinatales: tipo de parto, test de Apgar, reanimación, características del llanto y succión, etc.• Identificación de signos de alerta (Anexo 3).• Valoración del desarrollo psicomotor a través de Escala de Haizea-LLevant (Anexo 4).• Valoración mínima específica de enfermería según el modelo de necesidades de Virginia Henderson. Abarca aspectos físicos, psíquicos, familiares, sociales, emocionales y del entorno y se complementa con la inclusión de cuestionarios, test e índices de uso multidisciplinar (Anexo 5).2. Exploración Física Neuromotora.<ul style="list-style-type: none">• Neonatal.<ul style="list-style-type: none">o Detección de aquellos procesos que en cualquier momento de la evolución conlleven una alteración en el área motora.o Detección de cuadros de hipo o hipertonia establecida a través de exploración neurológica sistematizada.• Postneonatal.<ul style="list-style-type: none">o Detección de signos de alerta en área motora (Anexos 3 y 4).^{1,2}o Detección de signos de alerta específicos de trastorno motor, aconsejándose para ello la utilización de la escala “Alberta Infant Motor Scale” (Anexo 6).3. Esquema de exploración.

- Buscar alteraciones dermatológicas.
 - Rasgos dismórficos.
 - Estigmas a lo largo de la línea media posterior y sobre todo lumbosacra. Fositas sacras, angiomas mediales, excesos pilosos lumbares.
 - Cabeza: valorar perímetro cefálico y pares craneales.
 - Motilidad espontánea: global y segmentaria, y presencia de movimientos anormales.
 - Tono muscular: búsqueda de hipo e hipertonia.
 - Actitudes posturales (automatismos de enderezamiento): se explorará, dependiendo de la edad madurativa, en decúbito prono, decúbito supino (incorporación o paso a sentado), suspensión dorsal, ventral, lateral y vertical, sostén cefálico, sedestación, gateo, bipedestación.
 - Reflejos arcaicos, posturales de precipitación, musculares profundos y cutáneos (cremastérico, abdominal, plantar).
 - Valoración de la prensión manual.
 - Coordinación y equilibrio: la observación de la manera en que el niño o la niña se sienta o anda da mucha información sobre estos aspectos.
 - o Equilibrio:
 - Buscar aumento de la base de sustentación.
 - De pie, con ojos cerrados valorar:
 - Maniobra de Romberg: positiva en trastornos vestibulares y de cordones posteriores.
 - Desviación de parte del cuerpo.
 - o Coordinación:
 - En niños colaboradores:
 - Prueba dedo-dedo, dedo-nariz, talón-rodillas.
 - Gestos de aplaudir, molinete, globitos.
 - En niños pequeños puede ser útil ver como inserta pieza de puzzle o capuchón de un bolígrafo.
 - Marcha (Anexo 7).
 - Desarrollo Cognitivo-adaptativo.
 - Lenguaje.
4. Ante la sospecha de alteración motora se realizarán las pruebas complementarias necesarias, se remitirá al CAIT y se derivará a AH para profundizar en el diagnóstico etiológico-sindrómico y su tratamiento.^{3,4}

5. Pruebas Complementarias sólo deben solicitarse en caso de que los hallazgos en la Historia Clínica sean sugerentes de etiología específica.
 - En los pacientes sin diagnóstico etiológico debemos dirigir los exámenes complementarios en función de si la semiología clínica sugiere una lesión central o periférica.
 - Ante la sospecha de afectación muscular se solicitarán enzimas musculares.
 - Estudios metabólicos: verificar que se han realizado las pruebas de detección precoz de errores congénitos del metabolismo y solicitarlas en los casos que no se hayan practicado. No se aconsejan otras pruebas metabólicas de rutina.
 - Exámenes de neuroimagen.
 - o Ecografía transfontanelar: primera exploración a realizar en neonatos y lactantes (Valorar derivación si precisa completar estudio de neuroimagen).
 - o Resonancia Magnética espinal (Ecografía en recién nacidos).

Profesionales de Pediatría y/o Medicina de Familia

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">2º</p> <p>Derivación</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Previamente a la derivación se comunicará a la familia el diagnóstico o la sospecha de una forma comprensible. Se creará un ambiente lo más empático posible, teniendo en cuenta al menor poniendo especial cuidado en establecer contacto visual, dirigiéndose hacia el frecuentemente a lo largo de cualquier entrevista. 2. Derivación a Centro de Atención Infantil Temprana (CAIT). <ul style="list-style-type: none"> • Mediante los medios informáticos cuando estén disponibles en la aplicación DIRAYA. En su defecto, mediante el “Documento de Interconsulta de Centros Sanitarios a Centros de Atención Infantil Temprana” cumplimentando la clasificación de la Organización Diagnóstica de Atención Temprana (ODAT). • El Servicio de Atención a la Ciudadanía (SAC) contará con el listado de los CAIT de referencia, nombre de profesional de contacto, número telefónico, FAX y correo electrónico si lo hubiera, así como de Referentes de Distrito y Provinciales.

- Gestión de cita telefónica por SAC mediante contacto directo con CAIT. Se enviará para facilitar la priorización una copia del Documento de Interconsulta mediante Fax o correo electrónico.
- En caso de existir demora en el CAIT de referencia se informará de ello al Referente de Distrito de Atención Temprana y/o a la Consultora Provincial de Atención Temprana en la Delegación de Salud.
- La valoración por CAIT debe realizarse antes de 15 días y la intervención se iniciará antes de 30 días.

3. Derivación a Centro Hospitalario.

- Corresponde al Pediatra de AP/Médico de Familia la derivación, seguimiento y evaluación global de las intervenciones realizadas.
 - o El Pediatra de AP será el referente del caso y derivará a un único especialista de AH (Pediatra de la Unidad de Neuropediatría / Pediatra), quien coordina el resto de actividades intrahospitalarias. Igualmente lo comunicará a la Enfermera Gestora de Casos y profesional de Trabajo Social para establecer contacto con la familia y coordinar las citas.
- La derivación se realizará al centro hospitalario de referencia para confirmación diagnóstica de la sospecha, mediante la realización de pruebas complementarias específicas, valoración por otros especialistas y/o inicio del tratamiento.
- Los protocolos de derivación se acompañarán de informe detallado que contenga antecedentes familiares, desarrollo del embarazo, parto y periodo perinatal, hábitos de alimentación y ritmo de sueño, valoración física y morfológica, crecimiento y desarrollo, fenotipo, perímetro craneal, valoración neurológica y del desarrollo psicomotor, así como exámenes complementarios ya realizados.

Actividades	Características de calidad
<p>3º</p> <p>Intervención sobre familia con factores de riesgo social que puedan influir en el desarrollo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tras la detección se derivará a la Unidad de Trabajo Social del centro (Hospital, Centro de Salud o Centro de Servicios Sociales Comunitarios) a través de Documento de Derivación específico. <ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones del trabajador social sobre personas con factores de riesgo social: <ul style="list-style-type: none"> o Entrevista con la familia donde se cumplimentará la Historia Social. o Valoración social donde se detectan necesidades del niño o la niña y las fortalezas y dificultades de la familia para cubrirlas. <ul style="list-style-type: none"> - Se aplicará escala de valoración social (APGAR Familiar) (Anexo 8). o Plan de actuación con la familia: <ul style="list-style-type: none"> - Información individualizada de los riesgos detectados. - Información y promoción de los recursos existentes en la familia nuclear, extensa y en la comunidad. - Apoyo y seguimiento a lo largo del proceso de integración social. - Intervención del Profesional de Trabajo Social en coordinación con Enfermera referente del niño o la niña Enfermera Gestora de Casos, que aseguren la continuidad de las intervenciones establecidas en el plan de actuación con la familia durante el ingreso. o Coordinación interdisciplinar y derivación con informe social dirigido a: <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de Salud (Hospital, Atención Primaria, CAIT). - Otros sectores: servicios de protección de menores, servicios sociales comunitarios, servicios de educación, centros de información a la mujer, centros de atención a toxicomanías, etc. 2. Plan de actuación por parte de los profesionales. <ul style="list-style-type: none"> • En los casos de sospecha de maltrato: <ul style="list-style-type: none"> o Interconsulta inmediata a la Unidad de Trabajo Social. o Cursar el Documento de Detección y Notificación de Maltrato Infantil.

- o Valoración médica, enfermera y social de la situación del menor.
 - o Información a la familia de la obligatoriedad por parte de los profesionales de comunicar la situación al Servicio de Protección de Menores.
 - o Coordinación con los Servicios de la Comunidad.
 - o Informe social, médico y de enfermería al Servicio de Protección de Menores.
 - Intervención en los casos de desamparo al nacimiento o al ingreso por oficio del Servicio de Protección de Menores*, decisión de la madre de dar al recién nacido en adopción y/o detección por parte de los profesionales:
 - o La Resolución de Desamparo por parte del Servicio de Protección de Menores se hará constar en la historia clínica del menor, en la Unidad de Trabajo Social, en las Subdirección Médica y de Enfermería. La salida del menor del Área Neonatal u otra, se realizará de forma coordinada bajo la custodia del Servicio de Protección de Menores.
 - o Si no se produce la Resolución de Desamparo, el alta se realizará, como en cualquier otro menor en situación de riesgo, entregándolo a la familia e informando a la Unidad de Trabajo Social del centro hospitalario quien lo comunicará con informes a su centro de salud y servicios sociales comunitarios.
 - o Se adjuntará Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería
3. Cuando la detección se produce en la época neonatal, al alta, en los casos en los que sea necesario garantizar la atención sanitaria (vacunas, niño sano...) por detección de riesgo social, el Equipo de Orientación Terapéutica (EOT) estará constituido por T. Social y Enfermera Gestora de Casos de AH y de AP. El EOT tendrá la función de establecer y supervisar el cumplimiento del Plan de Atención Compartida (PAC), que comprenderá las siguientes actividades:
- Identificar una figura responsable dentro del entorno familiar, que será la referente para el grupo de profesionales que trabajan con el menor.

* Ley 1/1998, del 20 de Abril, de los derechos y la atención al menor.

	<ul style="list-style-type: none"> • La Solicitud de Tarjeta Sanitaria con asignación de pediatra será supervisada, según prevalezca lo social o lo sanitario, por el T. Social o la Enfermera Gestora de Casos de Atención Primaria. • El profesional de Trabajo Social establecerá la coordinación con los Servicios Sociales Comunitarios y los Equipos de Tratamiento Familiar. • Ambos profesionales realizarán la visita puerperal en el domicilio. • El pediatra de AP decidirá la derivación al CAIT en aquellos casos que lo requieran. • Fomentar la adhesión al Programa de Seguimiento de Salud Infantil haciendo hincapié en asegurar el calendario vacunal. <p>4. Cuando los factores de riesgo sean detectados en los CAIT o Centros de Educación Infantil se remitirán al Pediatra de AP, quien tras valoración, remitirá el caso a Trabajo Social de la Zona Básica de Salud.</p>
--	---

Pediatra de la Unidad de Neuropediatría / Pediatra hospitalario / Especialista en Medicina Física y Rehabilitación / Traumatología / Neurocirugía

Actividades	Características de calidad
<p>4º</p> <p>Valoración en AH</p>	<p>1. Pediatra de la Unidad de neuropediatría⁵:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis dirigida: además de la anamnesis realizada en la actividad 1ª, se buscarán síntomas asociados y se indagará sobre la pérdida de habilidades previamente adquiridas, a fin de descartar trastornos degenerativos. • Signos y síntomas de alerta en la historia y exploración física neuromotora. <ul style="list-style-type: none"> o De origen central. Indicios: <ul style="list-style-type: none"> - Anomalías de otras funciones cerebrales. - Rasgos dismórficos. - Malformaciones de otros órganos. - Estigmas cutáneos en línea media espinal posterior. - Manos cerradas, en puño. - Hiperextensión, equinismo y entrecruzamiento (tijeras) de extremidades inferiores en suspensión vertical. - ROT normales o exaltados.

- Maniobra de Landau (suspensión ventral): extremidades flácidas, pero extiende cabeza.
- Preferencia por el empleo de una mano antes de los 12 meses de edad.
- o De origen periférico. Indicios:
 - No anomalías en otros órganos.
 - ROT ausentes o disminuidos.
 - Atrofia muscular.
 - Fasciculaciones.
 - Fallo de movimientos en reacciones posturales.
 - Maniobra de Landau: posición en U invertida.
- Pruebas complementarias.
 - o Alteración central: el diagnóstico de parálisis cerebral (PC) es primordialmente clínico. Los exámenes complementarios no son necesarios para un diagnóstico positivo de PC, pero sí son útiles para una mejor evaluación.
 - Neuroimagen:
 - Ecografía cerebral: De primera elección en neonatos.
 - Resonancia magnética cerebral: de elección tras la época neonatal.
 - TC craneal:
 - * Cuando buscamos anomalías específicas, como calcificaciones cerebrales o craneosinóstosis.
 - * Ante progresión clínica o sospecha de enfermedad grave.
 - Estudios genéticos:
 - En los casos en que se asocie déficit cognitivo debe solicitarse un cariotipo. Si además hay rasgos dismórficos puede considerarse la realización de una cariotipo de alta resolución y un estudio de reordenamientos subteloméricos.
 - FISH (hibridación in situ): indicación concreta en casos de sospecha específica, como Síndrome de Prader-Willi.
 - Estudios metabólicos:
 - Estudios de primer nivel:
 - * Hemograma, bioquímica general (glucosa, electrolitos), ácido úrico.
 - * Transaminasas y amoniemia. Equilibrio ácido-base.

- * Ácidos láctico y pirúvico.
- * Aminoácidos en sangre.
- * Ácidos orgánicos en orina.
- Estudios de segundo nivel:
 - * Carnitina libre, esterificada y acilcarnitinas séricas y urinarias en sospecha de defectos de beta oxidación y acidurias orgánicas.
 - * Ácidos grasos de cadena muy larga en sangre y fitánico, pipecólico y plasmalógenos de los hematies en procesos peroxisomales.
 - * Oligosacáridos, sulfátidos y mucopolisacáridos en orina (queratán, dermatán y heparán sulfato) en sospecha de enfermedades lisosomales.
 - * Sialotransferrina sérica en Síndrome de glicoproteínas deficientes en carbohidratos.
 - * Cobre (cupremia y cupruria) y ceruloplasmina séricas en enfermedad de Menkes y de Wilson.
 - * Pruebas dinámicas: de sobrecarga o ayuno dependiendo del proceso.
 - * Estudio histopatológico: biopsia de piel, hígado, médula ósea, nervio periférico.
 - * Estudio del déficit enzimático a través de cultivos de fibroblastos, leucocitos, tejido hepático o vellosidad intestinal.
- Otros estudios:
 - En sangre: glicina, colesterol (disminuye en Smith-Lemli) y lipoproteínas.
 - Orina: cuerpos cetónicos, pH, sustancias reductoras y sulfitos (Sulfitest).
 - Estudio en LCR: celularidad, bioquímica, láctico, cromatografía de aminoácidos e inmunoglobulinas en ocasiones (ataxias progresivas).
 - Hormonas tiroideas.
 - Radiología de esqueleto: columna, caderas y manos si hay rasgos dismórficos.
 - Neurofisiológicos: EEG, ERG, Potenciales evocados auditivos y visuales.
 - Ecografía renal, hepática y cardíaca.

- Buscar células vacuoladas en sangre y acantocitos (en ataxias).
 - Evaluación cardiológica: ECG y ecocardiograma.
 - o Alteración Periférica:
 - Sangre:
 - CPK, transaminasas, LDH, aldolasa.
 - Hemograma y bioquímica general.
 - Estudios metabólicos
 - Estudios neurofisiológicos:
 - Electromiograma.
 - Electroneurograma.
 - Otros.
 - Estudios genéticos específicos en:
 - Atrofia muscular espinal.
 - Distrofia muscular de Duchenne/Becker.
 - Distrofia miotónica.
 - Polineuropatías hereditarias.
 - Otros.
 - Biopsia muscular.
2. Derivación a otras especialidades en función de sintomatología asociada (Medicina Física y Rehabilitación, Cirugía Ortopédica, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Gastro-enterología, Nutrición, Neumología...) y elaboración del informe a Atención Primaria, incluyendo todos los aspectos estudiados por los diferentes especialistas.
3. Especialista en medicina física y rehabilitación⁶.
- La anamnesis y exploración irán encaminadas a evaluar las consecuencias funcionales de la alteración motora:
 - o Deficiencia:
 - Se valorará usando escalas de medida tales como (Anejo 6):
 - Balance articular (medida de la movilidad articular): se recomienda el uso de inclinómetro mecánico o goniómetro.

- Balance muscular (medida de la fuerza muscular): se recomienda el balance muscular manual.⁷
- Medición clínica de la espasticidad: Escala de Ashworth, modificada por Bohannon.⁸
- Test clínicos (Test de Adams utilizando escoliómetro, Test de Thomas, Test del Péndulo, Test del Minuto, etc.).
- Desarrollo motor grueso (Alberta Infant Motor Scale).
- o Limitación en la actividad: existen muchos sistemas de evaluación de la discapacidad de origen motor, según el diagnóstico etiológico. Se recomienda el uso de las siguientes escalas de medida (Anexo 6):
 - Evaluación de la manipulación (MACS: Manual Ability Classification System).
 - Evaluación de la marcha (FMS: Functional Mobility Scale).
 - Evaluación global motora en parálisis cerebral (Gross Motor Function Classification System).
 - Evaluación del perfil evolutivo en distrofias musculares: miembro superior (Escala de Brooke), miembro inferior (Escala de Vignos).
- o Limitación en la participación: Valorar mediante anamnesis sobre la integración familiar y escolar del niño o la niña.
- o Exploraciones complementarias:
 - Ecografía de caderas.
 - Estudios radiológicos simples (AP pelvis, dorsoplantar y lateral de pies, Telerradiografía PA Y L columna).
 - Análisis instrumentado de la marcha.

4. Cirugía ortopédica y traumatología.

- Se remitirán aquellos pacientes con deformidades y/o contracturas que no respondan satisfactoriamente al tratamiento rehabilitador.
- La cirugía ortopédica se planteará con los siguientes objetivos:
 - o Mejoría funcional (marcha y manipulación).
 - o Paliativo (higiénico y postural).
 - o Antiálgico (dolor vertebral y/o de cadera).

5. Neurocirugía.

- Se remitirán aquellos pacientes con sospecha de lesión del sistema nervioso y cráneo-espinal susceptible de tratamiento neuroquirúrgico.
- Anamnesis dirigida para valorar:
 - o Estado de las fontanelas y suturas.
 - o Desarrollo madurativo y adquisición de habilidades.
 - o Deformidades en MMII progresivas.
- Signos y síntomas de alerta en la historia y exploración física neuromotora.
 - o De origen central. Indicios:
 - Anomalías de otras funciones cerebrales.
 - Rasgos dismórficos.
 - Estigmas cutáneos en línea media espinal posterior.
 - Tijeras en suspensión vertical.
 - ROT normales o exaltados.

Todos los profesionales.

Actividades	Características de calidad
5º Elaboración del Plan de Atención Compartida (PAC) y coordinación del PIAT	1. Cuando el T. del Desarrollo motor o el riesgo de padecerlo se detecte en la época neonatal se elaborará antes del alta el Plan de Atención compartida (PAC) por parte del Equipo de Orientación Terapéutica (EOT), entre AP, AE y el resto de profesionales implicados en el seguimiento del recién nacido. <ul style="list-style-type: none">• Se realiza por el Equipo de Orientación Terapéutica (EOT). Este equipo está formado por los profesionales que han atendido al neonato, los profesionales de la Unidad de Trabajo Social, pediatra de AP encargado de su atención y seguimiento al alta, Enfermeras Gestoras de Caso, profesionales del CAIT de referencia, y puede completarse con los profesionales que en cada caso se estime oportuno. El Servicio de Pediatría será el coordinador. Requiere, por tanto, la presencia simultánea de estos profesionales en el mismo espacio de trabajo, preferentemente el hospital

- El PAC establece los objetivos para el primer año de vida del niño o la niña con lesiones establecidas o riesgo de padecerlas, o para el primer año tras la detección del problema, y formula las orientaciones oportunas para la derivación y seguimiento al alta hospitalaria.
- La información contenida en el Plan incluirá las necesidades detectadas, profesionales que intervienen en su seguimiento, las citas para los controles y las consultas puntuales a especialistas de referencia en AH. Contará, igualmente, con instrucciones precisas para facilitar a la familia el cuidado en el hogar.
- El PAC establecerá el seguimiento y atención integral de menores con riesgo de alteraciones del desarrollo o lesión establecida, asegurando:
 - o Una valoración continua de la situación biológica, psicológica y social, cerciorándose que se beneficia de las medidas preventivas de nuevos riesgos, apropiadas para su edad y situación, y que las intervenciones modificadoras de los riesgos se llevan a cabo de forma oportuna y efectiva.
 - o Que los planes de atención se revisarán y/o formularán de nuevo cuando la evolución de su desarrollo así lo aconseje, y en cualquier caso con periodicidad anual.
 - o El seguimiento programado del neurodesarrollo y su atención integral dentro del proceso de AT se llevará a cabo desde el nacimiento hasta la edad escolar (0-6 años).
 - o Tras dos años de evolución favorable se finalizará el seguimiento programado por el EOT de forma consensuada. El pediatra de AP mantendrá un seguimiento, vigilando la aparición de señales de alerta.
- El PAC debe contemplar como mínimo la siguiente información:
 - o Modelo de Consentimiento Informado, para el intercambio de información.
 - o Datos identificativos.
 - o Datos del profesional referente del EOT y modo de contacto.
 - o Antecedentes y pruebas diagnósticas de interés, y situación clínica al alta.
 - o Pertenencia a grupo de riesgo del trastorno de desarrollo:
 - Riesgo social.
 - Riesgo biológico (excluyendo SNC).
 - Riesgo de lesión neurosensorial.

- Riesgo psicológico.
 - Niños con lesiones establecidas.
 - Niños que asocian varios riesgos o lesiones.
 - o Diagnóstico según ODAT.
 - o Derivación al CAIT, si procede.
 - o Calendario de revisiones anual.
 - o Fecha de revisión prevista por el EOT.
2. El PAC se complementa con el Programa Individualizado de Atención Temprana (PIAT), que se reflejará, hasta la puesta en marcha del sistema de información, en un documento de seguimiento coordinado para todos los profesionales que intervenga en el caso.
- El PIAT cumplirá los siguientes requisitos:
 - o Los responsables de la coordinación interniveles (AP y AH) serán las Enfermeras Gestoras de Casos y Trabajadores Sociales de Hospital, AP y Comunitaria. Se coordinarán las agendas de los distintos especialistas implicados en el tratamiento para conseguir minimizar el número de visitas al centro hospitalario o especializado.
 - o Se informará a los padres de la periodicidad de las revisiones de cada especialista.
 - o Tendrán acceso todos los profesionales de todos los ámbitos (sanitario, educativo, social, Equipo Provincial de Atención Temprana) que intervienen en la atención. Para ello la familia firmará un consentimiento informado de protección y cesión de datos.
 - El informe de coordinación incluirá:
 - o Modelo de Consentimiento Informado para el intercambio de información, así como datos referentes de los diferentes ámbitos:
 - Centro Hospitalario:
 - Profesionales que realizarán seguimiento.
 - Calendario de revisiones anual.
 - Actualización diagnóstica.
 - Tratamiento Médico.
 - Tratamiento Quirúrgico.

- Informe de continuidad del Plan de Cuidados de Enfermería:
 - * Resumen de la Valoración.
 - * Diagnósticos enfermeros.
 - * Intervenciones que se realizan en la actualidad.
 - Pruebas pendientes de resultado.
 - Se especificará el alta en las diferentes áreas según momento evolutivo.
- Atención Primaria:
 - Procesos intercurrentes relevantes.
 - Tratamientos crónicos.
 - Informe de continuidad del Plan de Cuidados de Enfermería:
 - * Resumen de la Valoración.
 - * Diagnósticos enfermeros.
 - * Intervenciones que se realizan en la actualidad.
 - Situación vacunal.
 - Detección de riesgo sociofamiliar.
 - Pruebas complementarias (en coordinación con AH para evitar duplicidad).
 - Actualización diagnóstica.
- CAIT:
 - Profesionales que intervienen.
 - Actividades:
 - * Tipo.
 - * Frecuencia.
 - Objetivos de trabajo.
 - Impresión evolutiva.
 - Intervenciones en otros ámbitos (educativo, familiar, entorno).
- Educación:
 - Modalidad de escolarización.
 - Profesionales que intervienen.

- Frecuencia.
- Sesiones grupales.
- Rendimiento académico (Niveles de competencia curricular).
- Relación con iguales (Integración).
- Necesidades detectadas.

Equipo de Profesionales del CAIT

Actividades	Características de calidad
<p>6º</p> <p>Intervención en el CAIT</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preferentemente el equipo lo formarán profesionales de las distintas disciplinas con formación de postgrado específica en Atención Temprana, Psicología del Desarrollo, Intervención Familiar, Diagnóstico. 2. Las actividades se realizarán de forma preferente en el propio CAIT, para favorecer el tratamiento integrado. 3. Intervención⁹. <ul style="list-style-type: none"> • Fase de acceso: <ul style="list-style-type: none"> o Derivación al CAIT por parte del Pediatra, mediante documento de derivación o a través de sistema de información cuando esté desarrollado. • Entrevista de acogida del menor y la familia. <ul style="list-style-type: none"> o La fase de acogida es el primer encuentro con la familia o cuidadores principales de niño o la niña. o Partirá de las siguientes premisas: <ul style="list-style-type: none"> - Trato personalizado, amable y respetuoso. - Información comprensible sobre el proceso que origina la asistencia. - Respeto a la privacidad e intimidad. - Respeto a los valores culturales. o Es conveniente que estén presentes todos los profesionales del CAIT que van a atender al niño o a la niña y a la

familia, aunque uno de ellos la dirija. Esto permitirá una valoración inicial. La primera parte de la entrevista será abierta, en la que se recogerán las preocupaciones sentidas por los padres y cuidadores principales, y posteriormente será dirigida.

- o Recogida de Información de datos dirigidos a aspectos concretos:
 - Revisión del documento de interconsulta, así como información disponible del niño o la niña y su familia a través de los informes emitidos por los diferentes profesionales que han realizado el seguimiento. Estos datos se incluirán en la Historia de Atención Temprana.
 - Socio-familiares: composición de la familia, persona cuidadora habitual, nivel educativo y económico, redes de apoyo.
 - Condiciones de la vivienda: habitabilidad y adaptación del domicilio, barreras arquitectónicas.
 - Psico-afectivos: vínculo afectivo, impacto familiar, relación familiar.
 - Autonomía personal: estadio motor en el que se encuentra, ritmo sueño-vigilia, actividades de la vida diaria (higiene, alimentación, vestido-desvestido, control de esfínteres y juego).
 - Áreas de desarrollo del niño.
 - Antecedentes personales: tratamiento farmacológico, intervenciones quirúrgicas previas, ortesis, ayudas a la marcha y otros tratamientos.
 - Nivel y modalidad de escolarización. Actividades complementarias.
 - Grado de dependencia, si existiese valoración previa y, -si no se hubiese realizado y fuera pertinente-, se informará a la familia para iniciar su tramitación.
 - Se solicitará a la familia consentimiento informado para utilización de datos en archivo informático (Ley de Protección de Datos) y cesión de datos entre administraciones implicadas en el seguimiento y tratamiento del trastorno del desarrollo.

- Fase de evaluación del menor y entorno.
 - o Evaluación del menor:
 - Observación de la conducta espontánea: se realizará una valoración funcional observando la conducta en situación de juego solitario con objetos, con el terapeuta, con los padres.
 - Aplicación de pruebas estandarizadas: se aplicarán pruebas de desarrollo para determinar el momento evolutivo en el que se encuentra. Se aconsejan para utilizar en los CAIT las escalas Brunet-Lezine y el inventario de desarrollo Battelle. Si es necesario, se realizará una prueba más específica (dirigida a la evaluación del desarrollo motor).
 - o Valoración de la familia.
 - Se procederá a la entrevista a la familia y la observación, si es posible en su ambiente natural. Durante este proceso la familia debe considerarse un agente activo.
 - El objetivo de esta evaluación es conocer las necesidades, dificultades y preocupaciones de la familia, nivel de aceptación y adaptación de su situación actual, tipo de relaciones establecidas dentro del seno familiar y cualquier otro aspecto que pueda ser relevante, de modo que nos permitan conocer las actuaciones que van a favorecer su competencia y capacidades en relación al desarrollo de su hijo o hija. Esta será realizada a lo largo del todo el proceso.
 - Se aconseja utilizar cuestionarios de evaluación como el Apgar familiar.
 - o Valoración del entorno.
 - Se procederá a la observación en el domicilio-escuela infantil o colegio, en los casos necesarios.
 - Se observará la interacción con los miembros de la familia y con otros iguales.
 - Se obtendrá información del personal en contacto con el niño en el centro educativo y del Equipo de Orientación Educativa (EOE) en su caso.
- Elaboración de hipótesis diagnóstica.
 - o Una vez recogida toda la información se elaborará la hipótesis sobre el diagnóstico funcional (siguiendo la terminología de la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana; ODAT) y a partir del mismo el plan de intervención por parte del equipo del Centro.

- o Se valorará la necesidad de remitir al pediatra de referencia la solicitud de exámenes complementarios (para aclarar o descartar otros diagnósticos), quien determinará la pertinencia de la realización de pruebas o consultas a otros especialistas.
- Devolución de la Información.
 - o Una vez finalizado el proceso de valoración, se realizará una entrevista de devolución de la información a la familia o responsables legales. En ella se le proporcionará la información diagnóstica, el pronóstico (advirtiendo que es arriesgado pronosticar las alteraciones motrices dado que en edades tan tempranas el cerebro está en maduración, y a menudo la evolución de ciertos procesos es cambiante), las directrices y plan de la intervención (profesional-referente, plan de intervención individualizado, tipo de intervención, implicación familiar y otros aspectos).
 - o El Plan de intervención ha de estar consensuado con la familia, que deberá dar el consentimiento para su realización. Se hará mediante un lenguaje claro y comprensible.
 - o La familia ha de ser considerada como agente activo de la intervención, esta deberá adaptarse a las características y funcionamiento de la misma.
 - o Se plantearán las actuaciones conjuntas previstas y las aclaraciones oportunas destinadas a la información/formación y adquisición de habilidades y competencias que capaciten a la familia a ser parte activa del proceso de tratamiento.
- Fase de intervención.
 - o Propuesta de intervención.
 - La intervención la llevará a cabo un equipo multidisciplinar de forma inter o transdisciplinar. Trabaja de forma coordinada y cooperativa. Las decisiones las toma el equipo, atendiendo a las necesidades del menor y la familia, y teniendo en cuenta las opiniones individuales de sus miembros.
 - La atención directa al menor se realizará habitualmente en la sede de los CAIT con carácter ambulatorio, y en los casos que lo requieran, podrán realizarse desplazamientos hasta el domicilio familiar, centros Sanitarios o educativos donde se encuentren integrados.

- Hasta la puesta en marcha del sistema de información, se cumplimentará por parte del Centro de Atención Infantil Temprana, la ficha individual de usuario, que se remitirá al profesional que derivó el caso y a la Consultora Provincial de Atención Temprana de cada Delegación Provincial de Salud, en el plazo aproximado de un mes.
- o Programa Individualizado de intervención.
 - En menores con discapacidad motora o riesgo de padecerla, las actuaciones de los CAIT irán dirigidas a la prevención y la intervención de problemas motores y otros problemas asociados.
 - Tendrá en cuenta las prioridades de actuación.
 - Se detallarán los siguientes aspectos:
 - Objetivos de intervención con sus actividades.
 - Profesionales que van a intervenir.
 - * Psicólogo.
 - * Logopeda.
 - * Fisioterapeuta (propios o del ámbito sanitario en su caso).
 - * Terapeuta ocupacional.
 - * Otros.
 - Metodología de intervención.
 - Modalidad de Intervención (individual, grupal, ambas).
 - Contexto de intervención (CAIT, domicilio, otros).
 - Recursos materiales y personales necesarios.
 - Cronograma.
 - Intensidad de las sesiones.
 - Frecuencia de las sesiones.
 - La intervención a la familia se hará de forma individual y/o grupal buscando el intercambio de información, dudas y otros aspectos relacionados con la intervención de su hijo o hija, pautas educativas, relación con hermanos u otros miembros de la familia, relaciones de pareja.
 - Se intervendrá sobre la familia extensa, grupo de amistades y entidades afines a través de tratamiento conjunto con el núcleo familiar, cursos de formación, actividades de ocio y convivencias, escuela, etc.

- Se facilitará a los padres información sobre todos aquellos recursos administrativos que puedan ayudarles a nivel asistencial, legal, de ayudas económicas, asociaciones y otras.
- o El Plan de Intervención se revisará a lo largo de todo el proceso para efectuar los cambios oportunos. Si esto ocurre, se realizará el informe de seguimiento que indicará los cambios producidos en el transcurso de la intervención que supongan una variación en el Plan Inicial y/o en el diagnóstico. Este se remitirá al profesional que derivó el caso y a la consultora provincial de atención temprana.
- o Este programa se facilitará a la familia, al profesional sanitario de referencia, a la Escuela Infantil o colegio en cada caso.
- o Una vez que el niño o la niña supere los objetivos marcados en el Programa se volverá a valorar su desarrollo y se realizará un nuevo Programa de Intervención Individual.
- o Módulos de intervención.
 - La medición de la duración de las sesiones se hará utilizando la Unidad de medida de atención temprana (1 UMAT = 45 minutos/mes)¹⁰, tanto en actividad directa (menor) como indirecta (familia y entorno), cuyo número se adaptará a cada caso.
 - La pertinencia del número de UMAT se valorará desde cada Delegación Provincial de Salud, a través de la figura de la Consultoría Provincial.
 - En función del número de sesiones se establecerán los siguiente módulos:
 - Niño:
 - * Tipo A, menos de 2 UMAT.
 - * Tipo B, entre 2 y 4 UMAT.
 - * Tipo C, entre 4 y 6 UMAT.
 - * Tipo D, entre 6 y 8 UMAT.
 - * Tipo E, más de 8 UMAT.
 - Familia-Entorno:
 - * Tipo A, menos de 1 UMAT.
 - * Tipo B, 1 UMAT.
 - * Tipo C, 2 UMAT.
 - * Tipo D, más de 2 UMAT.

- o Todos los resultados obtenidos de la entrevista, observaciones y las valoraciones efectuadas se recogerán y se añadirán a la historia.
- Coordinación intersectorial e interprofesional.
 - o Gestión compartida de casos, evaluación y mejora de protocolos en consonancia con el Proceso de Atención Temprana a través de coordinación con el personal sanitario y educativo que atiende al niño o la niña en Hospital, AP, CEIP y EOE prioritariamente.
 - o Los profesionales del CAIT, actuarán además como asesores, en especial con los profesionales de los centros escolares, cuando sea necesario.
 - o Se realizarán Informes de Escolarización (Anexo 9) previos a la inclusión en Centros Educativos.
- Fase de alta y derivación.
 - o El alta en el CAIT se realizará de forma consensuada por todos los profesionales implicados en el PIAT una vez que se cumpla alguno de los criterios incluidos en el Plan de Actuación (edad, cambio de entidad responsable, confirmación del desarrollo adecuado, etc.).
 - o En principio el alta la formalizará el pediatra, a propuesta del profesional del CAIT u otros profesionales sanitarios. En situaciones de discrepancia persistente entre profesionales sobre el cumplimiento de los criterios para el alta o la conveniencia de ésta, la decisión se trasladará a la Delegación Provincial de Salud.
 - o El Centro de Atención Infantil Temprana (CAIT) emitirá un informe de alta en el que se especificará:
 - Historia de la Intervención: situación inicial cuando llegó al centro, datos generales.
 - Evolución.
 - Situación actual.
 - Diagnóstico.
 - Conclusiones y Propuesta de intervención futura.
 - o A ser posible se realizará una reunión del profesional del Centro de Atención Temprana con el profesional al que se haga la derivación (Equipo de Orientación o maestro del centro educativo) para facilitar al niño o la niña y a la familia la correcta incorporación al nuevo centro.

- o Para favorecer la toma de decisiones por parte del Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, en el momento del alta, es imprescindible conocer la capacidad de intervención de los diferentes CAIT de referencia.
- o La inclusión de un paciente en tratamiento fisioterápico, logopédico o de terapia ocupacional, dentro del SSPA, es decisión del médico rehabilitador. Así pues el alta en cualquiera de esas modalidades terapéuticas también le corresponde.
- o Como norma general, se recomienda el alta:
 - Cuando haya logrado un nivel de desarrollo que le permita realizar las mismas actividades que un menor de su misma edad, teniendo en cuenta el informe de cuidados de fisioterapia realizado por fisioterapeuta responsable de los mismos.
 - Fisioterapia:
 - Cuando se constate mediante la anamnesis, la exploración física y la valoración funcional una estabilidad de la situación del paciente.
 - Cuando se considere que el entorno familiar puede asumir con garantías el cuidado del menor (con los consejos que se le han administrado previamente).
 - Al cumplirse los objetivos funcionales previstos al inicio del tratamiento.
 - Logopedia:
 - Cuando consiga una alimentación segura y eficaz.
 - Cuando adquiera una comunicación eficaz: oral-escrita-alternativa.
 - Al cumplirse los objetivos funcionales previstos previamente al tratamiento.
 - Terapia ocupacional:
 - Cuando consiga una destreza en las actividades de la vida diaria acorde a su nivel de desarrollo.
 - Al cumplirse los objetivos funcionales previstos previamente al tratamiento.

4. Historia de atención temprana.

- Los datos de la historia se recogerán a través del Sistema de Información de AT, cuando esté disponible.

- Cada menor y su familia tendrá una Historia en el CAIT, que se irá actualizando a través de todo el proceso de intervención. Entre sus objetivos se encuentra facilitar el trabajo interdisciplinar de los profesionales que intervienen a lo largo del proceso facilitándoles el acceso a la información.
- La historia deberá contener la siguiente documentación:
 - o Datos personales.
 - o Motivo de la solicitud.
 - o Derivación, documentos.
 - o Informes médicos.
 - o Pruebas médicas realizadas.
 - o Entrevista inicial.
 - o Valoración inicial: hoja de resultados de las pruebas estandarizadas utilizadas.
 - o Programa Individualizado de Intervención.
 - o Evaluaciones posteriores.
 - o Informes realizados.
 - o Diario de incidencias a lo largo del proceso de intervención; se anotará cualquier dato significativo a lo largo de la intervención (inicio de Sistema Alternativo y/o Aumentativo de Comunicación, intervención con la familia...).
 - o Se recogerá las reuniones de coordinación realizadas con los distintos profesionales implicados (educativo y sanitario).
 - o Informe de derivación.

Todos los profesionales implicados en el seguimiento del niño o la niña y su familia

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">7º</p> <p>Atención y Cuidados en la Familia y Entorno</p>	<p>1. Actuaciones con la familia: en el contexto familiar se tienen que validar los logros del niño o la niña, a través de las actividades cotidianas, encontrando en ellas el apoyo necesario de la intervención terapéutica a través del clima afectivo y emocional en el que tiene que desenvolverse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actuaciones con progenitores: <ul style="list-style-type: none"> o Convertirlos en artífices de la intervención de forma activa, tanto en la planificación de las actividades, como en la toma de decisiones y en la evaluación de los resultados.

- o Deben ser informados, orientados y apoyados para entender las posibilidades de su hijo o hija , y los recursos disponibles. Facilitarles el proceso de aceptación del niño, ayudarles a afrontar las tensiones y situaciones de estrés.
- o Deberán ser ayudados a afrontar la situación de su hijo o hija y a realizar el ajuste necesario para esta nueva situación. Se les aportarán las herramientas necesarias para su adaptación, procurando el bienestar general y teniendo en cuenta a todos los miembros de la estructura familiar.
- o Fomentar una adecuada relación afectiva entre los padres y el hijo o hija, ayudando al establecimiento de apegos seguros.
- o Fomentar sus propias habilidades y competencias que les ayuden a desarrollar la confianza necesaria para responsabilizarse e implicarse en el aporte de los medios adecuados para conseguir el desarrollo integral del niño o la niña
- o Ayudar a mantener actitudes positivas con respecto a sus hijos o hijas, centrándose en los logros o las capacidades, y en mantener expectativas realistas respecto a sus necesidades y posibilidades.
- o Los padres tienen que sentirse respetados. Deben poder expresar y compartir sus preocupaciones.
- Actuaciones en el contexto familiar.
 - o Conseguir que sea rico en estímulos, integrando las actividades que se tengan que desarrollar con el niño o la niña dentro de las actividades de la vida diaria.
 - o Extender al contexto familiar las actividades que se planifican con respecto al niño o la niña, que disfrute realizándolas y compartiéndolas, pudiéndolo expresar en la esfera emocional.

2. Intervención en el entorno:

- Conseguir la integración en el medio en el que se desenvuelve, particularmente la relación con su grupo de iguales.
- Buscar el mayor grado de integración social posible y en un contexto lo más normalizado que se pueda conseguir, creando o adaptando los recursos a sus posibilidades y las del contexto familiar y social.
- Se propiciará la integración en una escuela infantil, entendiéndola como una parte de su tratamiento integral, ayudando a que el ajuste sea lo más óptimo y normalizado posible.

- Se asesorará e informará a las personas que van a estar en su entorno, de sus posibilidades, de la mejor forma de estimularlo, o de la manera de adaptar el ambiente a sus características, haciendo un seguimiento puntual y sistemático de dicha integración.
- Hay que partir siempre de su contexto natural, enriqueciendo el medio en el que se va a desenvolver, fomentando interacciones significativas. Es el entorno el que se tiene que adaptar a sus necesidades, y no al revés.
- Facilitarle los medios y recursos necesarios para que su desarrollo sea lo mejor posible, ayudándole en la adquisición de habilidades adaptativas y sociales, que le permitan conseguir el mayor grado de autonomía e independencia de que sea capaz, proporcionándole estrategias y recursos facilitadores de la integración y el acceso a criterios de igualdad de oportunidades futuras.
- La colaboración de los servicios sociales comunitarios con los Equipos de Intervención Temprana es fundamental para que estos orienten oportunamente sobre los recursos que facilitan la adaptación al entorno, incluyendo el acceso a actividades deportivas y lúdicas, así como sobre los servicios de respiro familiar.
- Los profesionales de los Equipos de Intervención Temprana podrán participar en la elaboración de los planes de cuidados a requerimiento de los pediatras del SSPA.

Especialista en Medicina Física o Rehabilitación/ Fisioterapeuta/ Terapeuta Ocupacional/ Logopeda/ Técnico Ortopédico/ Enfermería / Equipo de Orientación Educativa/ Familia.

Actividades	Características de calidad
<p>8º</p> <p>Tratamiento Rehabilitador</p>	<p>1. Procedimiento general.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recepción de Hoja de Interconsulta. • Realización de valoración clínica, exploración, pruebas de imagen, (ecografía y radiología). • Valoración de la situación motora, balance articular, balance muscular¹¹, situación ortopédica y actividad refleja. Evaluación del lenguaje y deglución.

- Comprobar que madre y padre han tenido la información necesaria, han pasado un correcto duelo y tienen el apoyo personal que necesitan (cuando llegan a rehabilitación es buen momento para hacer esta valoración imprescindible para que el proceso rehabilitador no añada sufrimiento y expectativas a los progenitores).
- Evaluación funcional, mediante el uso de diferentes escalas apropiadas en función de las características clínicas del niño o la niña (Anexo 6).
- Grupos de Tratamiento:
 - o Daño cerebral: parálisis cerebral, secuelas de traumatismo craneoencefálico o secuelas de enfermedades que lesionan el SNC.
 - o Mielomeningocele y otras lesiones medulares (atrofia muscular espinal).
 - o Parálisis motoras de origen en plexos y/o nervios periféricos con afectación generalizada.
 - o Enfermedades musculares congénitas (distrofias musculares y miopatías congénitas).
 - o Lesiones congénitas o adquiridas que afectan al aparato locomotor y que interfieren en su desarrollo (ej. artrogriposis y osteocondrodisplasias).
 - o Secuelas de traumatismos graves.
 - o Cualquier causa que genera la necesidad de ayudas técnicas para mantener una adecuada sedestación, bipedestación o realizar deambulación.
- Intervención:
 - o Aplicación de técnicas específicas de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia.
 - o Prescripción de ortesis y ayudas técnicas, con posibilidad de incluir otros procedimientos físicos (Ej. vendajes, yesos progresivos).
 - o Medicación (toxina botulínica, baclofen), para obtener mayor rendimiento funcional.

2. Procedimientos específicos por Especialista en Medicina Física y Rehabilitación:

- Valorar:
 - o Información disponible.
 - o Desarrollo neuromadurativo: nivel de desarrollo postural, motricidad voluntaria y actividad refleja.
 - o Desarrollo del habla, voz, lenguaje y deglución (Anexo 10)
 - o Situación ortopédica: de columna y extremidades.
 - o Situación funcional (Anexo 6). Se recomienda el uso del Gross Motor Function Classification System y del Manual Ability Classification System, Alberta Infant Motor Scale, Functional Mobility Scale.
- Tratamiento:
 - o Establecer el plan y las indicaciones de tratamiento por objetivos y dónde realizarlo, evitando duplicidades, bien en la propia unidad o en las unidades de apoyo.
 - o Se deberá contar con una guía de recursos de los CAIT de referencia y su cartera de servicios.
 - o El o la profesional especialista en Medicina Física y Rehabilitación planifica y/o prescribe las distintas intervenciones sobre la base de los objetivos terapéuticos en fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia.
 - o La información a los padres debe posibilitar su participación y la aceptación del plan de tratamiento (objetivos terapéuticos, profesionales que intervienen, lugar donde se desarrolla, duración del mismo, implicación de la familia y los recursos existentes en el entorno).
 - o Prescripción ortoprotésica, sillas de ruedas y ayudas técnicas para la sedestación, bipedestación, marcha y comunicación.
 - o Revisión de la prescripción (ortesis, sillas de ruedas, ayudas técnicas y ayudas a la marcha) después de su elaboración.
 - o Indicación y tratamiento farmacológico de la espasticidad (compartido con Pediatra de la Unidad de Neuropediatría).
 - Toxina Botulínica.
 - Otros fármacos:
 - Diazepan.
 - Baclofeno.
 - o Coordinación de las técnicas de tratamiento.

- o Decide, en base a la evolución clínica e informes elaborados por los terapeutas, el alta en fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia informando a la familia y a los Centros donde se esté realizando (Actividad 6).
 - Elaboración de Informe:
 - o Contemplará el diagnóstico, la valoración, objetivos, tratamiento y evolución.
 - o Establecerá la propuesta de tratamiento de Fisioterapia y Terapia Ocupacional.
 - Fecha de revisiones.
 - Los informes se actualizarán periódicamente, ante cambios significativos en la evolución, modificaciones significativas del tratamiento y como mínimo una vez al año y siempre que lo soliciten los representantes legales del niño o la niña.
3. Procedimientos específicos por Fisioterapeuta:
- Valoración diagnóstica de cuidados de fisioterapia.
 - o Escala de Hansen (Anexo 6).
 - o Gross Motor Function Measure 88 ó 66 ítem (Anexo 6).
 - Aplicación de técnicas fisioterápicas convencionales y técnicas específicas de fisioterapia neurológica infantil (Bobath, Vojta, Tardieu-Le Métayer, Pëto).
 - Información y preparación de los padres para cumplir las recomendaciones en el domicilio, particularmente para la realización de técnicas de estimulación motora.
 - Entrenamiento en el uso de ortesis y ayudas técnicas para la deambulación.
 - Registro en historia clínica de la actividad y de la evolución.
 - Valoración de la evolución y participación en la planificación del tratamiento.
 - Coordinación intersectorial.
 - Participará en la elaboración y seguimiento del PAC.
 - Formación a profesionales (CAIT, EOE...) sobre ergonomía y biomecánica.
 - Elaboración de informe a instancia de otros profesionales.
 - Elaboración de informe de alta en cuidados de fisioterapia.
 - En los CAIT se contabilizarán las sesiones en UMAT.

4. Procedimientos específicos por Logopeda:

- Facilitar una posición adecuada (control cefálico).
- Pautar ejercicios que faciliten una correcta respiración.
- Tratar los problemas de masticación, deglución y babeo.
- Desarrollo del prelenguaje.
- Realizar ejercicios analíticos de la motilidad bucal.
- Entrenamiento para la producción de la voz: consonantes, vocales, fonemas y palabras.
- Introducir sistemas de comunicación aumentativa/alternativa (sistemas SPC, Bliss).
- Colaborar en la adaptación de sistemas de acceso al ordenador y en la elección del software adecuado.
- Adiestrar en el uso de ordenadores y/o comunicadores.
- Registro en historia clínica de la actividad y de la evolución.
- Valoración de la evolución y participación en la planificación del tratamiento.
- Elaboración de informe a instancia de otros profesionales.
- Elaboración de informe de alta en cuidados de logopedia.
- En los CAIT se contabilizarán las sesiones en UMAT.

5. Procedimientos específicos por Terapeuta ocupacional:

- Estimulación de las actividades de la vida diaria.
- Estimulación de la destreza y habilidad manipulativa.
- Estimulación psicomotriz.
- Estimulación multisensorial.
- Facilitación alimentación: succión, deglución, masticación.
- Iniciación al juego y a la participación social.
- Ayudas técnicas para la manipulación, actividades de la vida diaria y accesibilidad a los sistemas de comunicación alternativa.
- Adaptaciones para el control de la postura y de la sedestación.
- Entrenamiento en el uso de ortesis y ayudas técnicas.

- Registro en historia clínica de la actividad y de la evolución.
- Valoración de la evolución y participación en la planificación del tratamiento.
- Elaboración de informe a instancia de otros profesionales.
- Elaboración de informe de alta en cuidados de terapia ocupacional.
- En los CAIT se contabilizarán las sesiones en UMAT.

6. Procedimientos específicos: Plan de Cuidados de Enfermería.

- Valoración mínima específica según el modelo de necesidades de Virginia Henderson. (TABLA I, Anexo 5). Valoración sistemática e integral, orientada a recoger la información más relevante para poder formular unos problemas reales y/o potenciales y garantizar unos cuidados personalizados y empáticos. Abarca aspectos físicos, psíquicos, familiares, sociales y del entorno y se complementa con la inclusión de cuestionarios, test e índices de uso multidisciplinar.
- Exposición de los principales problemas de enfermería que suelen aparecer, recogidos en etiquetas diagnósticas según la taxonomía de la NANDA, selección de los resultados esperados según la taxonomía NOC y de las intervenciones enfermeras necesarias para dar solución a estos problemas utilizando la clasificación NIC. (TABLA II, Anexo 5).
- Desarrollo de los resultados en indicadores y de las intervenciones en actividades enfermeras más concretas para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados. (TABLA III-IV, Anexo 5).
- Valoración continua del paciente, asegurando la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados en los distintos niveles asistenciales y en las distintas áreas del mismo nivel.
- En el Informe de continuidad de cuidados quedarán reflejadas la evolución y evaluación del Plan de Cuidados. Dicho plan deberá quedar perfectamente plasmado en los formatos de registros enfermeros que cada institución sanitaria posea. En el caso de problemas de colaboración, cada institución elaborará los protocolos de actuación necesarios para abordarlos, (Anexo 5).

Pediatra de la Unidad de Neuropediatría / Pediatra Hospitalario / Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Traumatología / Neurocirugía

Actividades	Características de calidad
<p>9º</p> <p>Tratamiento farmacológico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamiento de espasticidad ^{12,13,14}. <ul style="list-style-type: none"> • Oral. <ul style="list-style-type: none"> o Diazepan. o Baclofeno. • Parenteral. <ul style="list-style-type: none"> o Toxina botulínica tipo A. 2. Tratamiento distonía. <ul style="list-style-type: none"> • L Dopa. • Trihexifenidilo. 3. Otros tratamientos farmacológicos. <ul style="list-style-type: none"> • Carnitina. • Corticoides. 4. Tratamientos específicos por diferentes especialistas según patología asociada: <ul style="list-style-type: none"> • Se realizará derivación a otros especialistas según protocolos específicos en cada Centro.

Cirujano Ortopédico / Especialista en Neurocirugía

Actividades	Características de calidad
<p>10º</p> <p>Tratamiento Quirúrgico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procedimiento general. <ul style="list-style-type: none"> • Recepción de Hoja de Interconsulta. 2. Procedimientos específicos por Cirujano ortopédico . <ul style="list-style-type: none"> • Valoración. <ul style="list-style-type: none"> o Clínica, exploración, pruebas de imagen con el fin de establecer el diagnóstico topográfico (Ecografía, Radiología simple, RM, TAC). o De la situación motora y ortopédica: balance articular, balance muscular, tests clínicos y actividad refleja.

- o Evaluación funcional mediante la utilización de escalas consensuadas con Rehabilitación (Anexo 6).
- Tratamiento:
 - o Establece el plan y las indicaciones de tratamiento ortopédico/quirúrgico por objetivos, y dónde realizarlo, evitando duplicidades.
 - o Deberá contar con una guía de recursos actualizada de los Servicios de Rehabilitación, Servicio de Neurocirugía, Servicio de Anestesia (Unidad de Dolor), de los CAIT de referencia y su cartera de servicios.
 - o Planifica y realiza las distintas intervenciones según los objetivos terapéuticos definidos (Anexo 11).
 - o La información a los padres debe posibilitar su participación y la aceptación del plan de tratamiento (objetivos terapéuticos, profesionales que intervienen, lugar donde se desarrolla, duración del mismo, implicación de la familia y los recursos existentes en el entorno).
- Intervención:
 - o Aplicación de técnicas específicas de ortopedia (prescripción de órtesis, vendajes, yesos).
 - o Medicación (toxina botulínica, baclofen intratecal).
 - o Técnicas quirúrgicas específicas para obtener un mejor rendimiento funcional, aliviar el dolor, prevención de complicaciones y tratamiento paliativo.
- Criterios de calidad
 - o Las intervenciones quirúrgicas, tras un correcto tratamiento conservador, serán posteriores a los 6-7 años, salvo casos específicos (Pie plano-valgo espástico, subluxación de cadera y artrogriposis).
 - o La corrección de pie equino se realizará a través de tenotomía percutánea.
- Cirugía recomendada según forma clínica .
 - o Hemiplejia espástica.
 - Alargamiento del tendón de Aquiles.
 - Alargamiento del tendón de los músculos isquiotibiales.
 - Artrodesis subtalar extraarticular.
 - Alineación de la muñeca.
 - o Diplejia espástica
 - Cirugía multinivel *

* Corrección de distintas deformidades del miembro inferior (cadera, rodilla, pie) en el mismo acto.

- Osteotomía.
 - o Tetraplejía espástica.
 - Tenotomía de músculos aductores y psoas.
 - Artrodesis vertebral.
 - Edad recomendada según la técnica.
 - o Prevención de subluxación de cadera: cualquiera (mejor < 5 años).
 - o Cirugía multinivel: 5-7 años.
 - o Transposición tendinosa: > 7 años.
 - o Corrección del equinismo: cualquiera (mejor > 8 años).
 - o Artrodesis subtalar extraarticular: cualquiera (mejor > 7 años).
 - o Osteotomía: >10 años.
 - Elaboración de Informe que contemplará:
 - o Diagnóstico, valoración, objetivos, tratamiento y evolución.
 - o Fecha de revisión, si procede.
 - Se planificará el alta en Cirugía Ortopédica cuando no sea previsible la mejoría en la situación motora y/o funcional, con tratamiento quirúrgico, pasando a control de otras Unidades.
 - Derivación a otros especialistas, según patología asociada, según protocolos específicos en cada Centro.
3. Procedimientos específicos por neurocirujanos:
- Valoración.
 - o Clínica, exploración, pruebas de imagen.
 - o De la situación motora y ortopédica: balance articular, balance muscular, tests clínicos y actividad refleja.
 - o Evaluación funcional mediante la utilización de escalas consensuadas con Rehabilitación (Anexo 6).
 - Tratamiento:
 - o Establece el plan y las indicaciones de tratamiento neuroquirúrgico por objetivos, y dónde realizarlo, evitando duplicidades.
 - o Deberá contar con una guía de recursos actualizada de los Servicios de Rehabilitación, Servicio de Neurocirugía, Servicio de Anestesia (Unidad de Dolor), de los CAIT de referencia y su cartera de servicios.
 - o Planifica y realiza las distintas intervenciones según los objetivos terapéuticos definidos (Anexo 11).

- o La información a los padres debe posibilitar su participación y la aceptación del plan de tratamiento (objetivos terapéuticos profesionales que intervienen, lugar donde se desarrolla, duración del mismo, implicación de la familia y los recursos existentes en el entorno).
- Intervención:
 - o Técnicas quirúrgicas específicas para obtener un mejor rendimiento funcional y aliviar el dolor, prevención de complicaciones y tratamiento paliativo.
 - o Alteraciones de la circulación del LCR. (90% de los menores con espasticidad rebelde por PCI pueden tener alteraciones de la circulación de LCR).
 - Confirmación de ventriculomegalia / hidrocefalia crónica que empeoren el desarrollo neurológico.
 - Monitorización de PIC.
 - Derivaciones endoscópicas.
 - Derivaciones ventriculares.
 - o Medicación (baclofen intratecal).
 - Cirugía recomendada según forma clínica.
 - Hemiplejía espástica: Infusión intratecal.
 - Diplejía espástica: Infusión intratecal.
 - Tetraplejía espástica:
 - * Infusión intratecal.
 - * Artrodesis vertebral.
- Criterios de calidad.
 - o Las intervenciones quirúrgicas, tras un correcto tratamiento conservador, se indicarán en caso de fracaso de tratamiento médico y rehabilitador agresivo.
 - Edad recomendada según la técnica.
 - o Cualquiera: fracaso del tratamiento.
 - Elaboración de Informe que contemplará:
 - o Diagnóstico, valoración, objetivos, tratamiento y evolución.
 - o Fecha de revisión, si procede.
 - Los pacientes en infusión no se darán de alta ya que el dispositivo debe controlarse mientras este implantado.
 - Derivación a otros especialistas, según patología asociada, según protocolos específicos en cada Centro.

Tutor o tutora / Profesionales especialistas en Pedagogía Terapéutica (PT) y/o Audición y Lenguaje (AL) / Monitores / Equipos de Orientación Educativa / Equipos de Orientación educativa especializada - discapacidad motora - Atención Temprana

Actividades	Características de calidad
<p>11º</p> <p>Intervención educativa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dentro del sistema educativo se considera como alumnado con necesidades educativas especiales o nee, aquel que requiere, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de discapacidad o trastornos graves de conducta (Ley Orgánica de Educación, art. 73)¹⁵. 2. La escolarización de este alumnado se regirá por los principios de (LEA, art. 113.5)¹⁶: <ul style="list-style-type: none"> • Normalización. • Inclusión escolar y social. • Flexibilización de las etapas educativas. • Personalización de la enseñanza. • Coordinación interadministrativa. 3. El alumnado con nee podrá escolarizarse en centros que dispongan de recursos específicos de difícil generalización. 4. Tras la solicitud de plaza en un centro educativo para un alumno con necesidades educativas especiales derivadas de discapacidad motórica, se realizará la Evaluación psicopedagógica y el Dictámen de Escolarización por parte del Equipo de Orientación Educativa siguiendo el principio de multiprofesionalidad. Se tendrá en cuenta el informe de derivación del CAIT de origen. 5. La evaluación se plasmará en un informe de evaluación psicopedagógica que deberá abarcar, al menos, los puntos siguientes (Orden de 25 de julio de 2008 de atención a la diversidad)¹⁷ : <ul style="list-style-type: none"> • Datos personales y escolares. • Diagnóstico de la discapacidad motora. • Entorno familiar y social del alumno. • Determinación de las necesidades educativas especiales. • Valoración del nivel de competencia curricular. Las áreas curriculares que se establecen en la normativa son las de:

- o Conocimiento de sí mismo y autonomía personal.
 - o Conocimiento del entorno.
 - o Lenguaje: Comunicación y representación.
 - Orientaciones al profesorado y a los representantes legales del alumnado.
6. Esta información servirá de base para realizar el Dictamen de Escolarización en el que se determinarán:
- Necesidades educativas especiales.
 - Ayudas o apoyos
 - Recursos personales y materiales que precisa.
 - Modalidad de escolarización mas adecuada al alumnado considerando los principios de normalización e inclusión escolar, teniendo siempre preferencia las opciones más inclusivas:
 - o Integración total en aula ordinaria.
 - o Integración en aula ordinaria con apoyo en periodo variable.
 - o Integración en aula específica en centro ordinario.
 - o Centro específico.
 - Opinión de la familia ante la modalidad de escolarización, que quedará reflejada por escrito.
 - El Dictamen se elevará a la Jefatura de Servicio de Planificación y Escolarización, quien ratificará la elección de Centro de escolarización realizado por los padres o modificará la misma teniendo en cuenta los recursos de la zona y las necesidades de apoyo que se plasmen en el Dictamen.
 - Las condiciones de escolarización se pondrán en conocimiento de los Equipos Provinciales de Atención Temprana.
 - Una vez que el niño o la niña esté escolarizado, se realizará la Adaptación Curricular Individual (ACI) donde se especifican las actuaciones, horarios, profesionales que intervienen, metodología, evaluación, adaptación, entre otras, para el acceso al nivel curricular ordinario.
 - La Adaptación curricular puede ser:
 - o No significativa: se modifican los elementos curriculares, excepto objetivos y criterios de evaluación.
 - o Significativa: afecta a los elementos curriculares, a los objetivos y criterios de evaluación. Sólo para alumnos con necesidades educativas especiales.

- En el caso de los alumnos con problemas en la movilidad tendremos en cuenta los siguientes factores: (Este tipo de adaptaciones se identifican como adaptaciones de acceso al currículo).
 - o Accesibilidad: acceso al centro y movilidad en su interior.
 - o Adaptación a la comunicación: lenguajes aumentativos y alternativos.
 - o Adaptación a la sedestación: pupitre convencional, adaptado o silla de ruedas.
 - o Adaptación al tipo de deambulación del niño o la niña.
 - o Adaptación a la manipulación: acceso al ordenador y a los útiles escolares.
 - o Adaptaciones del aseo.

7. Flexibilización de la etapa educativa.

- Al término del primer o segundo ciclo de la etapa de Infantil, el alumnado con necesidades educativas especiales podrá permanecer un año más como medida extraordinaria de atención a la diversidad.
- En el paso a la etapa de primaria se realizará una revisión del dictamen de escolarización y se replantearán las necesidades educativas especiales y la respuesta educativa según las nuevas necesidades.

8. Recursos personales en educación¹⁸:

- Se aconseja favorecer la puesta en práctica de un modelo de orientación de carácter educativo y curricular, para lo cual se utilizarán todos los recursos necesarios y los elementos psicopedagógicos que contribuyan a que el proceso de enseñanza y aprendizaje se ajuste a las necesidades específicas y diversificadas del alumnado.
- La forma de intervención de los Equipos de Orientación Educativa se hará en torno a programas. Éstos especificarán el ámbito o área en que se insertan y su justificación, teniendo en cuenta las características de los destinatarios y su contexto.
- Cada centro docente público que imparta Educación Infantil o Educación Primaria dispondrá de un orientador de referencia, designado de entre los que componen la plantilla del Equipo de Orientación Educativa que le atiende.

- La actuación de los demás miembros del Equipo en los centros de la zona (maestros de apoyo a la compensación educativa, de audición y lenguaje y de pedagogía terapéutica; los profesionales de la medicina y trabajo social) desarrollarán sus funciones y tareas en el conjunto de los centros de su zona de actuación, en los que se encuentre escolarizado alumnado que requiera de sus intervenciones especializadas.
- Corresponde al Coordinador del Equipo la organización de las actuaciones de sus miembros, con objeto de asegurar que el alumnado reciba la atención educativa especializada que precise.
- Estos profesionales realizarán, entre otras, las siguientes tareas específicas:
 - o Los orientadores:
 - Coordinarán el proceso de evaluación y la elaboración del informe de evaluación psicopedagógica del alumnado con necesidades educativas especiales y el dictamen de escolarización cuando proceda.
 - Asesorarán en el proceso de aplicación de las medidas ordinarias y extraordinarias de atención a la diversidad, y en el desarrollo y aplicación de programas de prevención de dificultades de aprendizaje.
 - o Los maestros y maestras de apoyo a la compensación educativa: intervendrán en los procesos de escolarización y seguimiento escolar del alumnado con necesidades educativas especiales asociadas a condiciones sociales desfavorecidas.
 - o Los maestros y maestras con la especialidad de Audición y Lenguaje
 - Prestarán atención educativa especializada al alumnado que presenta dificultades graves en el lenguaje oral y escrito.
 - Realizarán la valoración de las necesidades educativas especiales relacionadas con la comunicación y el lenguaje, colaborando en la evaluación psicopedagógica y en el desarrollo de las adaptaciones curriculares individuales.
 - o Los maestros y maestras especialistas en Pedagogía Terapéutica prestarán atención educativa especializada al alumnado con necesidades educativas especiales de carácter permanente que, en su caso, le sea asignado. Excepcionalmente pueden pertenecer al Equipo de Orientación educativa, pero normalmente son del Centro educativo.

- o Los profesionales de la medicina:
 - Prestarán atención especializada al alumnado con discapacidad motora mediante la aplicación y desarrollo de programas personalizados.
 - Participarán en la evaluación psicopedagógica y en el desarrollo de las adaptaciones curriculares del alumnado con necesidades educativas especiales.
- o Los trabajadores y trabajadoras sociales:
 - Desarrollarán acciones de intervención socio-educativa.
 - Aportarán información sobre las características del entorno, los recursos educativos, culturales, sanitarios y socio-económicos.
 - Colaborarán en la realización de la evaluación psicopedagógica.
- o Otros profesionales en los Centros educativos:
 - Los monitores de educación especial:
 - Son personal laboral de las Delegaciones Provinciales que dependen del Centro educativo, de los Equipos de Orientación o bien acceden a los Centros por convenios con Asociaciones.
 - Las funciones que tienen que realizar son las de:
 - * Supervisión frecuente de alumnos con n.e.e.
 - * Ayuda en la alimentación.
 - * Ayuda en los desplazamientos.
 - * Ayuda en el uso del servicio.
 - Fisioterapeutas: sólo se encuentran en los Centros de Educación Especial. Su función es la Rehabilitación funcional de los alumnos escolarizados.

9. Recursos estructurales^{19, 20, 21,22}:

- Evaluación de necesidades estructurales de las siguientes categorías (Anexo 12).
 - o Deambulantes sin ayuda.
 - Para la sedestación: no precisa adaptación.
 - Para la manipulación: no precisa adaptación.
 - Alcance funcional: no limitado.
 - Movilidad en el colegio: no limitada.

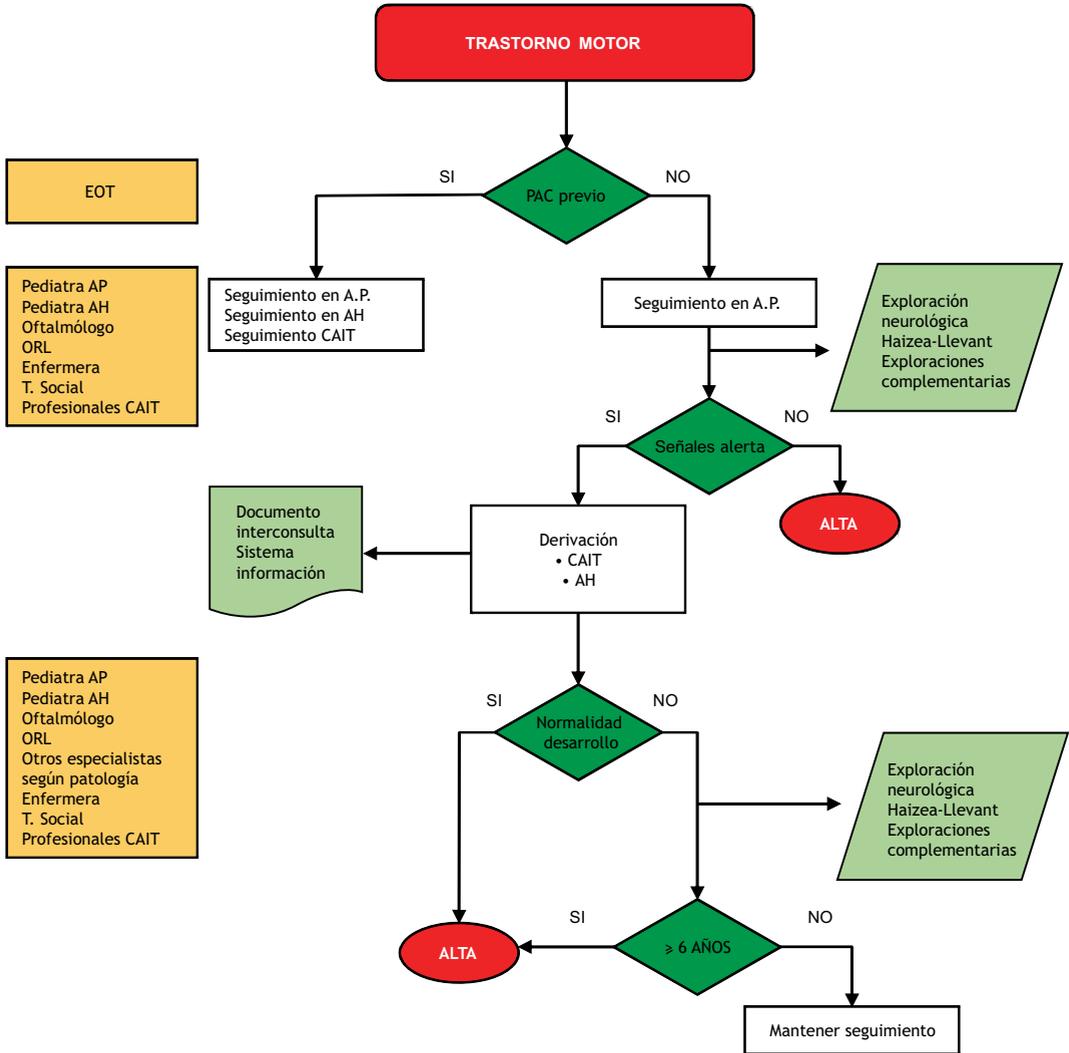
- o Deambulantes con ayuda (bastones/andador).
 - Para la sedestación: no precisa adaptaciones o mínimas.
 - Para la manipulación: evaluar escritura manual.
 - Alcance funcional: limitado según la calidad de la marcha.
 - Movilidad en el colegio: ayuda mínima, escaleras y/o rampas.
- o No deambulantes (silla de ruedas de tracción manual) pero con control de tronco.
 - Para la sedestación: adaptaciones simples.
 - Para la manipulación: evaluar escritura manual u ordenador normal.
 - Alcance funcional: limitado a la postura de sentado.
 - Movilidad en el colegio: evitar escaleras y pendientes.
- o No deambulantes sin control de tronco (sillas de control postural).
 - Sedestación: mobiliario adaptado mesa, silla y reposapiés.
 - Manipulación: ordenador adaptado, juego adaptado.
 - Alcance funcional: limitado a la postura sentado y al equilibrio del tronco.
 - Movilidad en el colegio: ayuda de una persona.
- o No deambulantes sin control de tronco y con movimientos distónicos.
 - Sedestación: permanecer en silla con adaptaciones en la mesa.
 - Manipulación: ordenador adaptado con evaluación individualizada, juego adaptado.
 - Alcance funcional: mínimo o no posible.
 - Movilidad en el colegio: ayuda de una persona.
- o Riesgo de úlceras por presión (Mielomeningocele).
 - Sedestación: cojín antiescaras. Adaptaciones variables según el nivel motor.
 - Manipulación: variable según la afectación de la mano, distonía y/o espasticidad.
 - Alcance funcional: variable según el nivel motor.
 - Movilidad en el colegio: variable según el nivel motor.
- Entre los dispositivos más utilizados para la sedestación:
 - o Corsé-silla (la altura de los mismos vendrá determinada por el control de tronco que el niño o la niña tenga).

- o Asientos de sastre (que mantengan las caderas en ligera rotación externa y abducción).
- o Asientos ergonómicos para mantener la pelvis en anteversión (se utilizan para los niños o niñas con actitud cifótica de la columna).
- o Dispositivos para la ayuda de la manipulación.
- o Rebordes en mesa para evitar caídas de objetos.
- o Muñequeras lastradas para los movimientos distónicos.
- o Adaptaciones en lápices y cubiertos (se utiliza un material llamado Fimo para engrosar mangos).
- o Dispositivos de ayuda al acceso al ordenador:
 - Carcasas para el teclado del ordenador.
 - Ratones adaptados (ratón facial).
 - Pulsadores (distintas alturas y diámetros).
- o Dispositivos que ayudan a la movilidad:
 - Andadores adaptados.
 - Bastones (ingleses, trípodes...).
 - Ascensores y rampas adaptadas.
 - Sillas eléctricas...

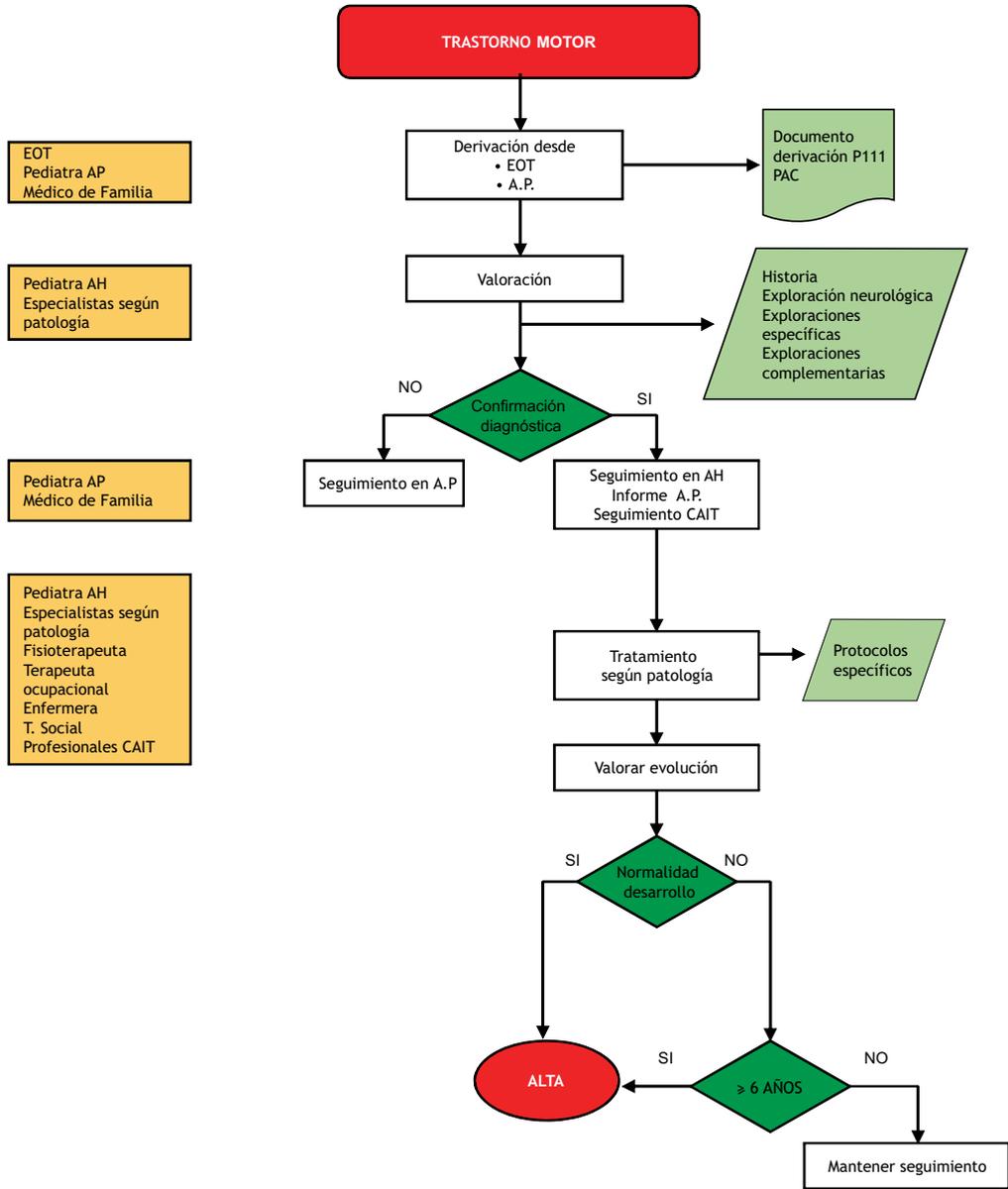
4

REPRESENTACIÓN GRÁFICA

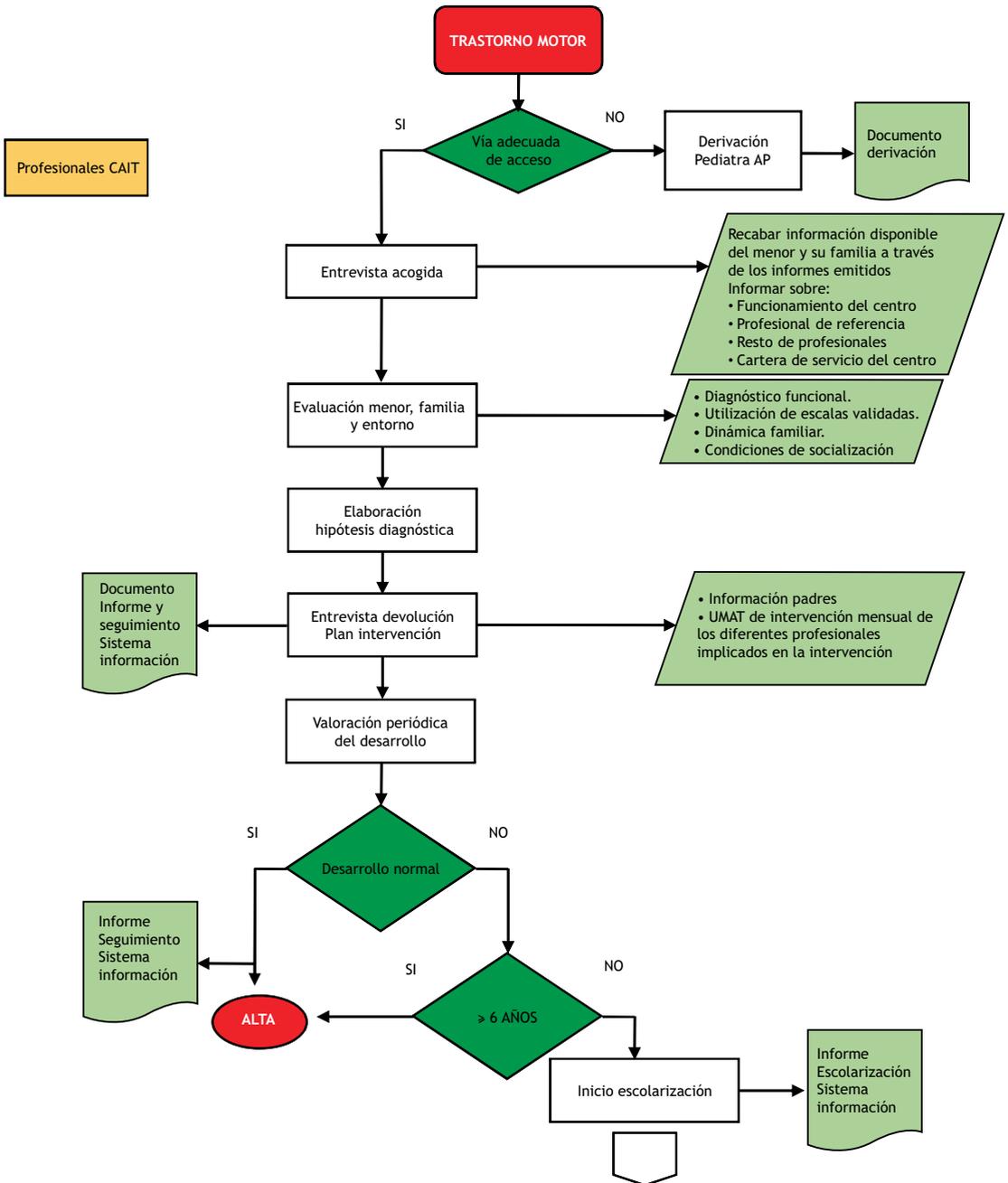
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: TRASTORNO MOTOR
SEGUIMIENTO ATENCIÓN PRIMARIA



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: TRASTORNO MOTOR
SEGUIMIENTO ATENCIÓN HOSPITALARIA

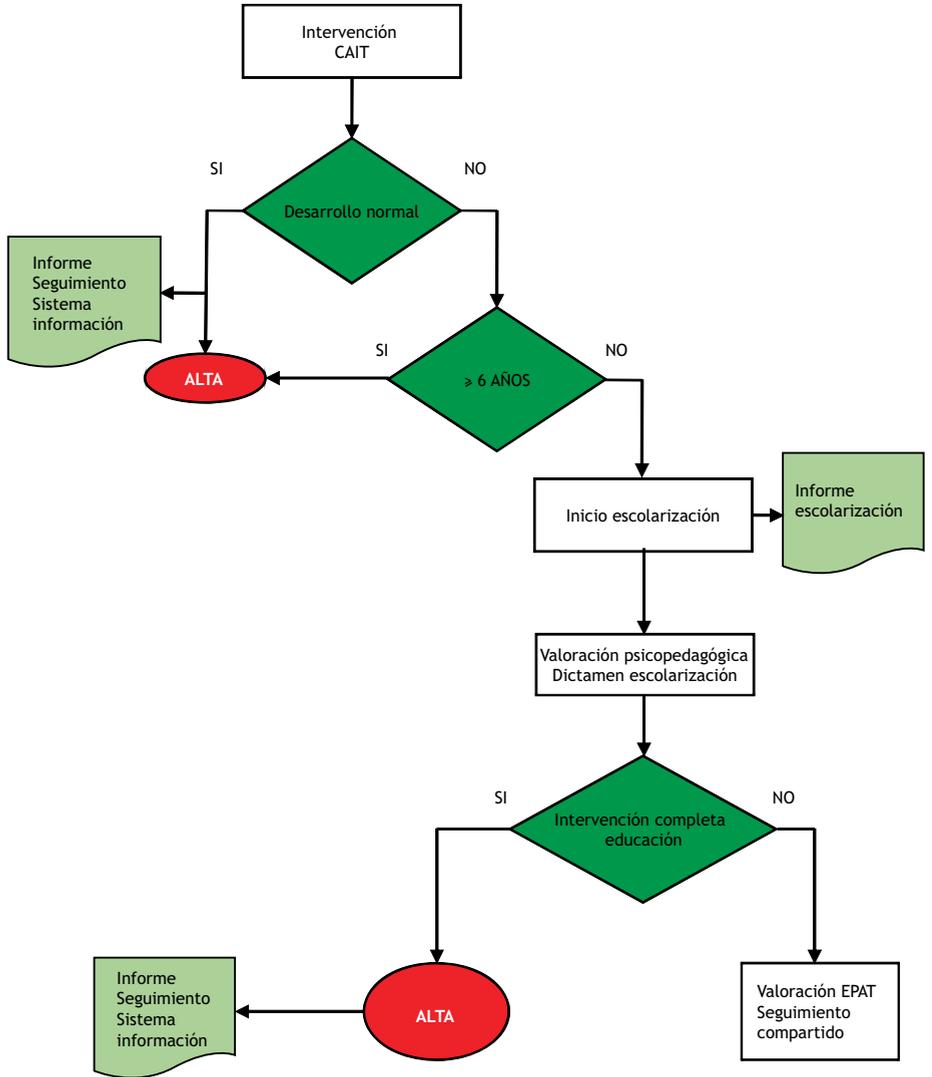


ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: TRASTORNO MOTOR
SEGUIMIENTO CAIT



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: TRASTORNO MOTOR
ALTA CAIT

Profesionales CAIT



EOE

EPAT
Profesionales CAIT
Profesionales ámbito
Educativo

5

INDICADORES

Denominación	La valoración por CAIT debe realizarse antes de 15 días y la intervención se iniciará antes de 30 días
Fórmula	Menores valorados y con intervención en plazo *100 / Menores derivados a CAIT
Criterio	Permite detectar la existencia de lista de espera Permite conocer si los mecanismos de derivación, recepción e intervención son correctos
Estándar	30 %
Tipo de indicador	Proceso
Periodicidad	Anual

Denominación	Elaboración del Plan de Atención Compartida (PAC) en R. N. con trastorno motor o riesgo de padecerlo
Fórmula	$PAC \text{ realizado} * 100 / \text{Total R. N. con trastorno motor o riesgo de padecerlo}$
Criterio	Permite evaluar la protocolización de un Plan Individualizado de Intervención en aquellos R. N. con lesiones o riesgo de padecerlas
Estándar	50 %
Tipo de indicador	Proceso
Periodicidad	Anual

Denominación	En el documento de Interconsulta de Centros Sanitarios a Centros de Atención Infantil Temprana constará el diagnóstico fundamental según la clasificación de la Organización Diagnóstica de Atención Temprana (ODAT)
Fórmula	$\text{Menores derivados con diagnóstico ODAT} * 100 / \text{Menores derivados}$
Criterio	Valora la utilización del mismo lenguaje entre diferentes niveles y sectores
Estándar	70%
Tipo de indicador	Proceso
Periodicidad	Anual

Denominación	La valoración del desarrollo psicomotor en Atención Primaria se realiza a través de Escala de HAIZEA-LLEVANT
Fórmula	Menores controlados en AP con valoración del desarrollo a través de escala Haizea – Llevant *100/ menores controlados en AP*
Criterio	Unificar criterios sobre señales de alerta del desarrollo en nuestro entorno
Estándar	60%
Tipo de indicador	Proceso
Periodicidad	Anual

*: Sólo válido si la escala Haizea-Llevant se incluye en la Historia de Salud Digital

Denominación	Existencia de Historia de Atención Temprana en el CAIT
Fórmula	Menores con Historia de AT en CAIT *100/ Número total de menores en CAIT
Criterio	Permite valorar seguimiento de la intervención en los CAIT
Estándar	90 %
Tipo de indicador	Proceso
Periodicidad	Anual

*: Todos los indicadores se desglosarán por sexo

EJE IV DE LA ODAT

- 4. Eje IV: Trastornos en el desarrollo.
 - 4.a) Trastornos en el desarrollo motor.
 - 4.a.a) Parálisis Cerebral Infantil/ Trastorno Motor Cerebral.
 - 4.a.b) Trastornos de Origen Espinal.
 - 4.a.c) Trastornos de Origen Periférico.
 - 4.a.d) Trastornos de Origen Muscular.
 - 4.a.e) Trastornos de Origen Óseo-articular.
 - 4.a.f) Trastornos del Tono no especificado.
 - 4.a.g) Hábitos y descargas motrices.

TRASTORNOS GENERALES Y FOCALES QUE AFECTAN AL DESARROLLO MOTOR

1. ENFERMEDADES GENERALES

- a) Malnutrición.
- b) Enfermedades metabólicas generales y cualquier enfermedad grave.
- c) Cardiopatías severas.
- d) Colagenosis.

2. ORIGEN CENTRAL: suelen cursar con hipotonía sin debilidad

Los trastornos de origen central pueden manifestarse con hipo o hipertonía acompañando a signos motores anormales.

Las principales causas de hipotonía de origen central son las cromosomopatías y síndromes genéticos, en particular el síndrome de Down y el de Prader-Willi y algunas enfermedades neurometabólicas.

La principal causa de hipertonía es la parálisis cerebral.

- a) Encefalopatías estáticas (Parálisis cerebral):
 - Accidentes cerebrovasculares del recién nacido a término.
 - Prematuridad.
 - (1) Hemorragia intraventricular.
 - (2) Leucomalacia periventricular.
 - Encefalopatía hipóxico-isquémica.
 - Encefalitis, meningitis, sepsis, kernicterus.
 - Malformaciones cerebrales.
- b) Enfermedades neurometabólicas:
 - Aminoacidurias.
 - Acidurias orgánicas.
 - Trastornos mitocondriales.
 - Enfermedades lisosomales.
 - Trastornos peroxisomales.
 - Mucopolisacaridosis y oligosacaridosis.
 - Otros errores congénitos del metabolismo.
- c) Cromosomopatías y síndromes genéticos:
 - Down.
 - Prader-Willi.
- d) Enfermedades neurodegenerativas:
 - Leucodistrofias y otras.
- e) Retraso mental inespecífico.

3. ORIGEN NEUROMUSCULAR:

- a) Asta anterior:
 - Atrofia muscular espinal.
 - Mielopatía traumática.
 - Mielopatía Hipóxico-isquémica.
 - Artrogriposis múltiple congénita.

- b) Raíces motoras o sensitivas:
 - Síndrome de Guillain Barré.

- c) Tronco nervioso:
 - Neuropatía hipomielinizante de Lyon.
 - Leucodistrofias.
 - Polineuropatías (Charcot-Marie-Tooth(CMT), Dejerine Sotas, otras).

- d) Placa motora:
 - Síndromes miasténicos.
 - Botulismo.

- e) Músculo:
 - e.1. Distrofias musculares:
 - e.1.1 Recesivas LX:
 - a. Formas de Duchenne (precoz) y Becker (tardía).

 - e.1.2 Autosómicas dominantes:
 - a. Distrofias miotónicas.
 - b. Distrofia facioescapulohumeral.
 - c. Distrofia muscular distal.
 - d. Distrofia ocular y oculofaríngea.

 - e.1.3 Autosómicas recesivas:
 - a. Distrofias musculares congénitas:
 - (i) DMC con déficit de merosina total o parcial (clásica u occidental).

 - (ii) DMC merosín positiva:
 - 1. Pura.
 - 2. Con espina rígida.
 - 3. E. de Ullrich o forma hipotónico-esclerótica.
 - 4. Con deficiencia de integrina.

 - (iii) Con trastornos de la migración neuronal (tipo lisencefalias tipo II).
 - 1. Tipo Fukuyama:
 - 2. S. músculo-óculo-cerebral de Santavuori.
 - 3. S. Walker-Warburg.

- (iv) Distrofias musculares de cinturas (LGMD).
 1. Déficit de disferlina.
 2. Déficit de calpaína 3.
 3. Déficit de sarcoglicanos (sarcoglicanopatías).
- e.2. Miopatías congénitas:
 - e.2.1 Estructurales.
 - a. Principales:
 - (i) Nemalínica.
 - (ii) Central core o de los cuerpos centrales.
 - (iii) Miotubular (centronuclear).
 - b. Otras:
 - (i) Miopatía por múltiples cuerpos o minicore o multicore, Desproporción congénita del tamaño de cifras.
 - e.2.2 Metabólicas.
 - (b) Mitocondriales.
 - (c) Glucogenosis tipo II.
- e.3. Síndromes miotónicos:
 - e.3.1 Distróficos:
 - a. Distrofia miotónica.
 - b. S. Schwartz-Jampel o condrodistrofia miotónica.
 - c. S. Isaac.
 - e.3.2 No distróficos.
 - a. Miotonía Congénita AD (E. Thomsem).
 - b. Miotonía congénita AR (E. Becker).
 - c. Paramiotonía congénita (E. Eulemberg).
 - d. Parálisis periódica hiperpotasémica.
- e.4. Miopatías inflamatorias:
 - e.4.1 Dermatomiositis y polimiositis.
 - e.4.2 Otras conectivopatías: FR, ACJ, PAN.
 - e.4.3 Otras: Infecciones víricas, bacterianas o parasitarias. Sarcoidosis.
- e.5. Trastornos musculares bioquímicos:
 - e.5.1 Glucogenosis II, V y VII. Menos el III y IV.
 - e.5.2 Parálisis periódicas: hipo, hiper o normoK.
 - e.5.3 Miopatías por acumulo de lípidos:
 - a. Déficit sistémico de carnitina.
 - b. Déficit muscular de carnitina.
 - c. Deficiencias de carnitina palmitiltransferasa.
 - d. Miopatía lipídica con niveles normales de carnitina.
 - e. Déficit de piruvato decarboxilasa.
 - f. Deposito de lípidos neutros.

SIGNOS DE ALERTA EN ÁREA MOTORA

CONCEPTO

- “Situación encontrada en un niño que hace prever pueda tener en aquel momento o en el futuro un desarrollo anómalo o con retraso”.
- Sería la expresión clínica de una función alterada, aunque no presupone necesariamente afectación consolidada.
- No implican necesariamente un desarrollo anormal, sobre todo un signo aislado, pues puede ser:
 - Variante de la normalidad.
 - Signo transitorio.
 - Aspecto reactivo a un entorno inadecuado.
- Dos o más signos y su persistencia en dos controles madurativos apoyarían la posibilidad de patología.
- El diagnóstico de trastorno motor requiere la presencia de signos motores anormales. El retraso en la adquisición de hitos del desarrollo psicomotor sin signos motores anormales no indica por sí mismo trastorno motor sino retraso psicomotor.

SIGNOS DE ALERTA

1. Signos generales:

- Ausencia de uno de los logros psicomotores edad-relacionados.
- Persistencia de un signo que debía de haber desaparecido.
- Ruptura de un ritmo evolutivo normal.
- Trastorno del tono, motilidad y postura.
- Trastornos de las funciones sensoriales y cognitivas.

2. Exploración neurológica:

- Macro o microcefalia.
- Anomalías posturales o patrones posturales propios de edades inferiores.
- Movimientos anómalos, escasos, poco variados o mal coordinados.
- Anomalías en los reflejos primarios.
- Anomalías en los reflejos osteotendinosos, hipo o hiperreflexia.
- Preferencia por el empleo de una mano antes de los 12 meses de edad.
- Asimetrías persistentes, a partir del primer trimestre.
- Trastornos del tono muscular (Hipo o hipertonia).
- Epilepsia.
- Otra clínica sugestiva de lesión neurológica o sensorial.

3. Signos Conductuales – Emocionales:

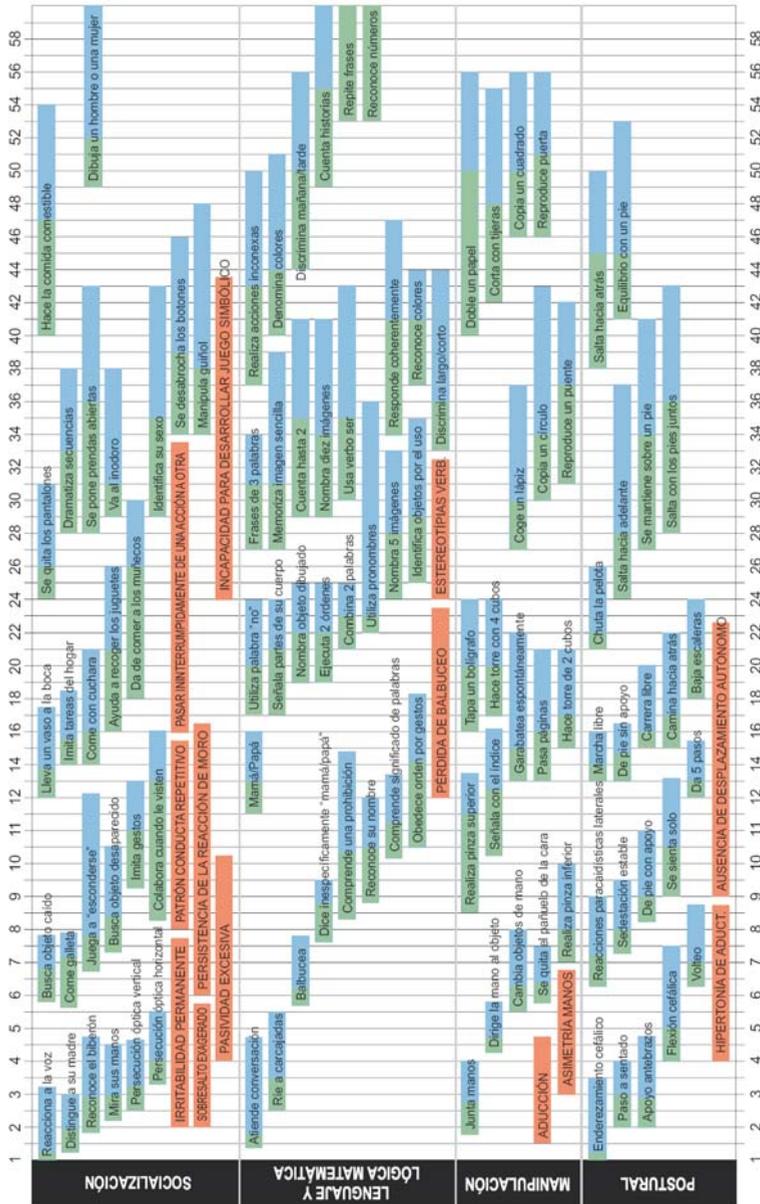
- Dificultades para aceptar las maniobras de consuelo.
- Pasividad excesiva o hiperquinesia.
- Conductas repetitivas, como estereotipias motoras.
- Trastornos en la atención hacia el entorno.
- Incapacidad para hacer un juego adecuado a su edad.

- Trastornos persistentes en el sueño.
- Problemas persistentes en la alimentación.
- Niño de “comer y dormir”, poco reclamador o expresivo.
- Niño excesivamente sociable.
- Trastornos del lenguaje: mutismo, expresiones inadecuadas al contexto, ecolalias...

4. Signos de alerta de PCI:

- **Recién nacido:**
 - Perímetro craneal menor o mayor de 3 DS.
 - Hipotonía axial.
 - Actitud postural en opistótonos.
- **Tres meses:**
 - Ausencia de coordinación óculo-motriz.
 - Persistencia de hipertonía marcada.
 - Incapacidad para controlar cabeza.
 - Cierre permanente de las manos o pulgar incluido.
- **Seis meses:**
 - Persistencia de reflejos primarios en particular sinergia de Moro.
 - Persistencia del reflejo tónico cervical asimétrico.
 - Alteración en la motilidad.
 - Espasticidad en miembros inferiores manifestada por tendencia a mantener posturas en hiperextensión, equinismo y entrecruzamiento (tijera) de extremidades inferiores, espontáneas o al colocar al niño en bipedestación.
- **Nueve meses:**
 - Hipotonía de tronco.
 - Ausencia o trastorno de la prensión-manipulación.
 - Ausencia de reacciones posturales de paracaídas.
 - Ausencia de sedestación.
- **Doce meses:**
 - Ausencia de bipedestación.
 - Presencia de reflejos anormales.
 - Presencia de movimientos involuntarios.
- **A cualquier edad:**
 - Motilidad, tono, postura anormales o asimétricas.
 - Presencia de reflejos anormales.
 - Retraso del desarrollo psicomotor.
 - Movimientos involuntarios.

ESCALA DE HAIZEA-LLEVANT



©: Autoría intelectual: Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco
 ©: Diseño y producción: Ikastaries S.A./Azpeitia 9,2º.A. 2010. Donostia. San Sebastián

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA

El Plan de Cuidados estandarizado que a continuación se desarrolla está dirigido a niños y niñas de 0 a 6 años, con Trastorno del Desarrollo con Discapacidad Motora. En general presentan una especial fragilidad clínica, en su mayoría presentan patologías asociadas, con síntomas continuos y re-agudizaciones frecuentes. Se caracterizan por la disminución gradual de su autonomía y su capacidad funcional, y el consecuente aumento de sus necesidades de cuidados; con importantes repercusiones personales, familiares, sociales y económicas. Un pilar importante en este plan es trabajar conjuntamente con las personas cuidadoras, mediante la identificación precoz de sus necesidades y la prestación de ayuda en el desempeño de su papel. Nos referimos a las personas cuidadoras ya sea en el ámbito familiar, escolar, de servicios sociales y comunitarios. Esto ha llevado a la elaboración de otro Plan de Cuidados dirigido también a la familia y a otras personas cuidadoras.

Ante esta situación desde la fragilidad hacia la dependencia, es importante el abordaje multidisciplinar e integral así como asegurar la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados en los distintos niveles asistenciales.

Este Plan de Cuidados estandarizado habrá que personalizarlo a cada menor y a su persona cuidadora para su correcta aplicación.

Es una herramienta que intenta disminuir la variabilidad de las actuaciones de los y las profesionales para lograr un grado de homogeneidad razonable, mejorar la práctica asistencial y su calidad.

Este Plan incluye:

- Valoración mínima específica según el modelo de necesidades de Virginia Henderson. Valoración sistemática e integral, orientada a recoger la información más relevante para poder formular unos problemas reales y/o potenciales y garantizar unos cuidados personalizados y empáticos. Abarca aspectos físicos, psíquicos, sociales, espirituales y del entorno y se complementa con la inclusión de cuestionarios, tests e índices de uso multidisciplinar.
- Exposición de los principales problemas de enfermería que suelen aparecer, recogidos en etiquetas diagnósticas según la taxonomía de la NANDA, selección de los resultados esperados según la taxonomía NOC y de las intervenciones enfermeras necesarias para dar solución a estos problemas utilizando la clasificación NIC.
- Desarrollo de los resultados en indicadores y de las intervenciones en actividades enfermeras más concretas para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados.

Es importante la valoración continua asegurando la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados en los distintos niveles asistenciales y en las distintas áreas del mismo nivel. El registro que toma vital importancia en este aspecto es el Informe de Continuidad de Cuidados, en el que quedarán reflejadas la evolución y evaluación del Plan de Cuidados que deberá quedar perfectamente plasmado en los formatos de registros enfermeros que cada institución sanitaria posea. En el caso de los problemas de colaboración cada institución elaborará los protocolos de actuación necesarios para abordarlos.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DIRIGIDO AL NIÑO O A LA NIÑA CON DISCAPACIDAD MOTORA

Valoración mínima específica de enfermería de la niña o del niño, estructurada por Necesidades Básicas Virginia Henderson

01 RESPIRACIÓN

Tensión arterial.
Frecuencia cardíaca.
Frecuencia respiratoria
Ritmo respiratorio.
Amplitud respiratoria.
Profunda / superficial / costal / diafragmática.
Dificultad para respirar.
Cianosis / aleteo nasal/ quejido.
Exposición a ambiente contaminado (tabaco).

Tests e índices: test de Apgar y test de Silverman

02 ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN

Peso / talla / IMC / PC.
Tipo de lactancia / materna / mixta / artificial.
Problemas en la lactancia materna.
Reflejo de succión y deglución normal.
Nº comidas / día / distribución.
Masticación normal.
Dentadura natural está en buen estado.
Total consumo líquido diario.
Dificultad para beber.

Tests e índices: Diez pasos para una lactancia feliz OMS-UNICEF y Mini Nutritional Assessment "MNA".

03 ELIMINACIÓN

Hábitos de eliminación intestinal:

- . Nº / frecuencia / características de deposiciones.
- . Incontinencia fecal.
- . Diarrea / estreñimiento/ dolor al defecar.
- . Incapacidad uso W.C. por sí mismo/a.
- . Uso de laxantes.

Hábitos de eliminación urinaria: frecuencia / cantidad aproximada / características. Pañales. Sonda vesical.

Otras pérdidas de líquidos: transpiración.

Tests e índices: test de incontinencia urinaria, escala de Norton (valoración úlceras por decúbito).

04 MOVILIZACIÓN

Tono muscular: hipotonía /hipertonía.
Convulsiones.

Movimientos excesivos de extremidades o cara.

Equilibrio: estable / inestable.

Precisa inmovilización.

Falta o reducción de la energía para tolerar la actividad.

Transferencia cama / sillón.

Necesita ayuda para moverse.

Inestabilidad en la marcha,

Deambulación, necesita ayuda.

Andador / silla de ruedas / otros.

Dolor.: tipo de dolor / localización / intensidad.

Actuaciones para aliviar los problemas:

- . Ejercicios / calor / masajes / medicación.

- . Persona que realiza las actuaciones: familiar, un cuidador o una cuidadora, una enfermera, terapeutas.

- . Resultados.

Actividad física habitual: tipo de ejercicio / frecuencia / nivel de actividad. Cambios recientes.

Tests e índices: tipo convulsiones y temblores, tabla de Haizea-LLevant test de Denver, escala de Lawton y Brody (valoración AIVD) e índice de Barthel (autonomía AVD).

05 REPOSO / SUEÑO

Horas de sueño: día / noche / siesta / otras.

- . Dificultad para conciliar el sueño.

- . Para mantenerlo.

- . Somnoliento.

- . Cambios en el patrón del sueño.

- . Dolor.

- . Estímulos ambientales nocivos.

Cómo lo resuelve.

- . Medicamentos: Nombre / Dosis / Desde cuándo.

- . Recetado por el medico.

- . Conoce efectos.

- . Ha intentado dormir sin medicamentos.

- . Quiere probar otro método.

06. VESTIRSE / DESVESTIRSE

Requiere ayuda para ponerse / quitarse la ropa.

Ropa y calzado habitual cómodo y adecuado...

Es alérgico/a a ciertos tejidos.

Tests e índices: tabla de Haizea-LLevant, test de Denver, escala de Lawton y Brody (valoración AIVD) e índice de Barthel (autonomía AVD.)

07. TEMPERATURA

Temperatura corporal.

Fluctuaciones de temperatura.

Sensibilidad al frío y calor: aumentada / disminuida.

Exposición habitual ambientes fríos / calientes.

Toma medicamentos que provocan vaso dilatación.

08. HIGIENE / PIEL

Estado de la piel: normal / alterada / deshidratada.
Mucosa: normal / alterada.
Lengua: rosada / enrojecida / edema / saburral.
Encías: normales / alteradas.
Dientes: blancos / alineados / completos / faltan piezas.
Hábitos higiénicos habituales: baño / ducha.
Higiene dental: cepillado dientes.
Problemas o limitaciones para realizar su higiene.
Realización de cuidados relacionados con higiene y piel correcta.

Tests e índices: tabla de Haizea-LLevant, test de Denver, escala de Lawton y Brody (valoración AIVD), índice de Barthel (autonomía AVD) y escala de Norton (valoración úlceras por decúbito).

09. SEGURIDAD

Nivel conciencia: despierto / somnoliento.
Nivel de orientación.
Dificultad auditiva.
Dificultad visual.
Vacunación correcta.
Alergias.
Revisiones periódicas.
Caídas (últimos 3 meses).
Quemaduras (últimos 3 meses).
Seguridad: prevención UPP, cambios posturales.
Seguridad entorno.
Domicilio / escuela / barrio.
Cumplimiento plan terapéutico: farmacológico / no farmacológico / otras terapias.
Dolor.
Tipo de dolor: crónico / agudo / localización.
Intensidad: débil / fuerte / muy fuerte.

Tests e índices: test de Pfeiffer, test de MEC, test del informador, escala de Norton (valoración de úlceras por decúbito).

10. COMUNICACIÓN

Dificultades la comunicación.
Dificultad de hablar y entender el lenguaje.
Déficit sensorial.
Describe con quien comparte el hogar.
Nº de personas que forman la unidad familiar.
Relaciones con las personas de su entorno.
Identificara su cuidador/a principal.
Su persona cuidadora proporciona apoyo, ayuda y estímulo suficiente y efectivo.

Tests e índices: tabla de Haizea-LLevant, test de Denver, test de Goldberg, test de Yesevage, test de Apgar familiar.

11. CREENCIAS Y VALORES

Capacidad para tomar decisiones libremente.
Contradicciones y dificultades en la toma de decisiones.
Auto apreciación negativa.

12. TRABAJAR / REALIZARSE

Niño/a deseado/a.
Tiene hermanos.
Relación entre ellos/as.

Tests e índices: test de Zarit, Duke Hung y de sobrecarga de la persona ciudadora.

13. ACTIVIDADES LÚDICAS / RECREATIVAS

Conciencia del padre y de la madre de la necesidad del juego para el aprendizaje y desarrollo del niño o de la niña.
Actividades recreativas habituales.
Problemas en relación con las actividades recreativas.
Especificar tipo de problema: tiempo, recursos económicos, espacios, situación de salud.
Su situación de salud ha cambiado sus actividades recreativas.
El tiempo de ocio lo pasa: solo / con la familia / con amigos.
Se aburre cuando no trabaja en su ocupación habitual.

14. APRENDER / SATISFACER LA CURIOSIDAD

Retraso o dificultad para llevar a cabo habilidades motoras / sociales / expresivas.
Presenta dificultad para el aprendizaje.
Especificar problemas actuales para el aprendizaje.
Actitudes relacionadas con el aprendizaje.
Nivel de escolarización.
Acude a centro o institución especializado.
Recibe educación/apoyo en domicilio.

Tests e índices: test de Denver, tabla de Haizea-LLevant y test de Pfeiffer.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS SELECCIONADOS SIGUIENDO LA TAXONOMÍA II DE LA NANDA

Patrón de alimentación ineficaz del lactante. M/p incapacidad para iniciar o mantener una succión efectiva o incapacidad para coordinar succión, deglución y respiración. R/c anomalías anatómicas o deterioro o retraso neurológico.

Incontinencia urinaria total. M/p flujo continuo de orina que se produce a intervalos imprevisibles, falta de conciencia del llenado vesical o falta de conciencia de la incontinencia. R/c disfunción neurológica que desencadena la micción en momentos imprevisibles.

Deterioro de la movilidad física. M/p limitación de la habilidad para la realización de las habilidades motoras gruesas y finas, inestabilidad postural durante la ejecución de las AVD habituales y movimientos descoordinados o espasmódicos. R/c intolerancia a la actividad, retraso en el desarrollo, deterioro cognitivo, sedentarismo, desuso o mala forma física y falta de apoyo físico o social.

Riesgo de infección. Factores de riesgo: falta de protección vacunal, hábitos inadecuados, procedimientos invasivos, insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a agentes patógenos, traumatismos, rotura membrana amniótica, desnutrición o enfermedades crónicas.

Riesgo de aspiración. Factores de riesgo: alimentación por sonda, situaciones que impiden la elevación de la parte superior del cuerpo, reducción del nivel de conciencia y deterioro de la deglución.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Factores de riesgo externos: humedad, factores mecánicos (cizallamiento, presión, etc.), hipertermia, hipotermia e inmovilización física. Factores de riesgo internos: prominencias óseas, alteración del estado nutricional, alteración del turgor (elasticidad), alteración del estado metabólico, déficit inmunológico y factores de desarrollo.

DESARROLLO

00107.- PATRÓN DE ALIMENTACIÓN INEFICAZ DEL LACTANTE

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1000.- Establecimiento de la lactancia materna.

- 02. Sujeción y compresión areolar adecuada.
- 05. Deglución audible.
- 10. Aumento adecuado de peso.
- 11. Satisfecho tras la lactación.

1002.- Mantenimiento de la lactancia materna.

- 02. Desarrollo del lactante ERE.
- 04. Conocimiento familiar de los beneficios.
- 08. Reconocimiento de signos de disminución de la leche.
- 14. Expresión familiar de satisfacción con el proceso de lactancia materna y el apoyo disponible.

1010.- Estado de deglución.

- 16. Acepta la comida.
- 01. Mantiene la comida en la boca.
- 02. Controla las secreciones orales.
- 05. Concordancia entre reflejo de succión / reflejo de deglución.
- 09. Duración de la comida.

1004.- Estado nutricional.

- 01. Ingestión alimentaria y de líquidos.
- 04. Masa corporal.
- 05. Peso.
- 06. Determinaciones bioquímicas.

NIC (Intervenciones de enfermería):

5244.- Asesoramiento en la lactancia

- . Determinar los conocimientos de la madre.
- . Proporcionar información y corregirle conceptos equivocados, informar sobre ventajas y desventajas, determinar deseo y motivación.
- . Evaluar la forma de succión /deglución.
- . Mostrar la forma de amamantar, si procede.
- . Enseñarle a diferenciar entre suministro de leche insuficiente percibido y real.
- . Enseñar a la madre desarrollo esperado del bebé para identificar los patrones normales con lactancia materna.
- . Animar a la madre a que evite fumar.

1052.- Alimentación con biberón

- . Instruir a la madre /padre o persona cuidadora acerca de la esterilización del equipo, dilución correcta y almacenamiento de la fórmula y fuente de agua.
- . Colocar al bebé en posición semi-Fowler.
- . Hacer eructar en la mitad de la toma y al final.
- . Vigilar el peso.

6900.- Succión no nutritiva

- . Utilizar el chupete más grande y suave que pueda tolerar su lengua, limpio y estéril.
- . Colocar al bebé de tal forma que la lengua caiga la base de la boca.
- . Mover la lengua rítmicamente con el chupete, pezón o dedo.
- . Informar de las ventajas de la técnica con relación a la importancia de satisfacer necesidades de succión.
- . Animar a criar con lactancia materna.

00021.- INCONTINENCIA URINARIA TOTAL

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1101.- Integridad tisular: piel, membranas y mucosas.

- 11. Ausencia de lesión tisular.
- 13. Piel intacta.

0503.- Eliminación urinaria.

- 01. Patrón de eliminación ERE.
- 08. Entradas y salidas equilibradas durante 24 h.
- 13. Vacía la vejiga completamente.

NIC (Intervenciones de enfermería):

0610.- Cuidados de la incontinencia urinaria.

- . Identificar las causas que producen la incontinencia.
- . Ayudar a seleccionar las prendas adecuadas.
- . Higiene adecuada de la zona dérmica genital.
- . Limitar la ingesta de líquidos irritantes para la vejiga (café, colas, té, chocolate).

1804.- Ayuda autocuidados: aseo.

- . Comprobar la capacidad para ejercer cuidados /autocuidados.
- . Establecer una rutina de actividades y cuidados.
- . Si tiene dependencia, ayudar a aceptar las necesidades.
- . Enseñar a la familia /persona cuidadora a fomentar la independencia, hacerle solo lo que no pueda.

1750.- Cuidados perineales.

- . Limpiar el periné a intervalos regulares.
- . Mantener el periné seco.
- . Mantener en posición cómoda.

0580.- Sondaje vesical.

- . Explicar el procedimiento y fundamento de la intervención.
- . Mantener una técnica aséptica estricta.
- . Controlar la ingesta y la eliminación.

00085.- DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0208.- Nivel de movilidad.

01. Mantenimiento del equilibrio.
02. Mantenimiento de la posición corporal.

0900.- Capacidad cognitiva.

01. Se comunica.
03. Atiende.
09. Procesa la información.

0909.- Estado neurológico.

01. Función neurológica: conciencia.
05. Función neurológica: autónoma.

0206.- Movimiento articular: activo (desde sin movimiento hasta movimiento completo).

NIC (Intervenciones de enfermería):

5612.- Enseñanza: actividad /ejercicio prescrito.

- . Valorar el nivel de actividad que realiza actualmente.
- . Informar a paciente y/o persona cuidadora del propósito y de los beneficios de la actividad.
- . Informar acerca de las actividades apropiadas en función de su estado de salud.
- . Elaborar un plan de ejercicios adecuado a su capacidad.
- . Evaluar cumplimiento del plan de ejercicios.

0200.- Fomento del ejercicio.

- . Valorar las ideas sobre el ejercicio físico en la salud.
- . Informar sobre los beneficios para la salud física psicológica.
- . Potenciar la motivación.
- . Revisar las técnicas para evitar lesiones.

0224.- Terapia del ejercicio: movilidad articular.

- . Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función.
- . Realizar medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio articular.
- . Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor en la resistencia y en la movilidad articular.
- . Dar apoyo positivo a paciente y persona cuidadora al realizar los ejercicios de las articulaciones.

4690.- Prevención de caídas.

- . Identificar déficit cognoscitivo o físico que puedan aumentar el riesgo de caídas.
- . Identificar características del ambiente que puedan aumentar el riesgo de caídas.
- . Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y modificarlos.

3590.- Vigilancia de la piel.

- . Observar si hay fuentes de presión y fricción.
- . Observar excesiva sequedad o humedad de la piel.
- . Observar si la ropa queda ajustada.
- . Instruir a la persona cuidadora/ familia acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel.
- . Instaurar medidas para evitar mayor deterioro.

00004.- RIESGO DE INFECCIÓN

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1902.- Control del riesgo.

01. Reconoce el riesgo.
02. Supervisa factores de riesgo la conducta personal y medioambiental.
11. Participa en la identificación sistemática de los riesgos identificados.
16. Reconoce y supervisa los cambios en el estado de salud.

1900.- Conducta de vacunación.

- 01. Reconoce el riesgo de la enfermedad sin vacunación.
- 03. Describe contraindicaciones de la vacunación.
- 04. Aporta la cartilla de vacunación actualizada.

1807 Conocimiento: control de la infección.

- 01. Descripción del modo de transmisión de la infección.
- 03. Descripción prácticas que reducen la transmisión.

- 04. Descripción signos y síntomas de la infección
- 07. Descripción de actividades para aumentar la resistencia.
- 08. Descripción del tratamiento de la infección.

NIC (Intervenciones de enfermería):

6550.- Protección contra las infecciones.

- . Observar el grado de vulnerabilidad del niño o de la niña a las infecciones.
- . Enseñar a menores y familia a evitar infecciones.
- . Instruir a menores y familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos a su pediatra y persona cuidadora.

6530.- Manejo de la inmunización/vacunación.

- . Explicar al padre o a la madre el programa de vacunaciones recomendado y necesario.
- . Determinar el estado de inmunización en cada visita realizada y programar las inmunizaciones si se precisa.
- . Seguir los consejos del servicio de salud de cada Comunidad Autónoma para la administración de las vacunas.

6540.- Control de Infecciones.

- . Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados.
- . Garantizar una manipulación aséptica.
- . Administrar terapia de antibióticos, si procede.
- . Ordenar al niño o a la niña que tome antibióticos, según prescripción.
- . Instruir a menores y familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando deben informar a su pediatra o enfermera.
- . Enseñar a menores y persona cuidadora a evitar infecciones.

00039.- RIESGO DE ASPIRACIÓN

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1902.- Control del riesgo.

- 11. Participa en la identificación sistemática de los riesgos identificados.
- 16. Reconoce y supervisa los cambios en el estado de salud.

1908.- Detección del riesgo.

01. Reconoce los signos y síntomas que indican riesgo.
09. Utiliza los recursos para mantenerse informado sobre posibles riesgos.
10. Utiliza servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades.

0900.- Capacidad cognitiva.

01. Se comunica.
03. Atiende.
09. Procesa la información.

0909.- Estado neurológico.

01. Función neurológica: conciencia.
05. Función neurológica: autónoma.

NIC (Intervenciones de enfermería):

3160.- Aspiración de vías aéreas.

- . Informar a la familia o persona cuidadora sobre la aspiración.
- . Enseñar a la familia o persona cuidadora a succionar las vías aéreas, si procede.
- . Seleccionar un catéter de aspiración que sea la mitad del diámetro interior de sus vías aéreas.
- . Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.
- . Anotar el tipo y la cantidad de las secreciones obtenidas.

3200.- Precauciones para evitar la aspiración.

- . Vigilar el nivel de conciencia, reflejo de tos, reflejo de gases, y capacidad deglutiva.
- . Controlar el estado pulmonar.
- . Colocar en vertical a 90° o lo mas incorporado posible.
- . Mantener el equipo de aspiración disponible.

1570.- Manejo del vomito.

- . Determinar la frecuencia y duración del vomito.
- . Identificar factores que puedan causar o contribuir al vómito.
- . Reducir o eliminar factores personales que desencadenen o aumenten el vómito.
- . Utilizar antieméticos en caso necesario.

1080.- Sondaje gastrointestinal.

- . Colocar la sonda, solicitar comprobación de su colocación con RX según protocolo.
- . Observar si la colocación es correcta.

1056.- Alimentación enteral por sonda.

- . Observar si hay presencia de sonidos intestinales.
- . Cambiar la sonda regularmente según protocolo.
- . Si es un bebé se proporcionará chupete durante la alimentación, se le sostendrá y se le hablará.
- . Lavar la sonda después de cada alimentación.

00047.- RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0204.- Consecuencias inmovilidad: fisiológica.

- 01. Ulceras de presión.
- 04. Disminución del estado nutricional.
- 11. Disminución de la fuerza o tono muscular.
- 14. Alteración del movimiento articular.

1902.- Control del riesgo.

- 01. Reconoce el riesgo.
- 03. Supervisa los factores de riesgo.
- 05. Adapta los hábitos a control de riesgo.
- 08. Modifica el estilo vida para reducir riesgo.
- 16. Reconoce cambios estado salud.

1004.- Estado nutricional.

- 02. Ingestión alimentaría y de líquidos.
- 03. Energía.
- 04. IMC.

1101.- Integridad tisular: piel, membranas y mucosas.

- 10. Ausencia de lesión tisular.
- 13. Piel intacta.

NIC (Intervenciones de enfermería):

3590.- Vigilancia de la piel.

- . Observar en la piel: color, calor, textura, inflamación.
- . Edema y pérdida de integridad.
- . Tomar nota de los cambios en la piel y membranas.
- . Instruir a paciente y persona cuidadora acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel.

0840.- Cambio de posición.

- . Colchón y cama adecuada.
- . Girar al niño o a la niña al menos cada 2 horas.
- . Minimizar el roce al cambiar de posición.

3500.- Manejo de presiones.

- . Vestirle con prendas no ajustadas.
- . Facilitar pequeños cambios del peso corporal.
- . Comprobar la actividad y movilidad del niño o de la niña.

3540.- Prevención úlceras por presión.

- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por transpiración, drenaje de heridas e incontinencia urinaria o fecal.
- Mantener la ropa de la cama seca limpia y sin arrugas.

0410.- Cuidados incontinencia intestinal.

- Lavar la zona perianal con jabón neutro y agua y secarla bien después de cada deposición.
- Colocar pañales de incontinencia si es necesario.

0610.- Cuidados de la incontinencia urinaria.

- Ayudar a seleccionar las prendas adecuadas.
- Higiene adecuada de la zona dérmica genital.
- Limitar la ingesta de líquidos irritantes para la vejiga (café, colas, té, chocolate).

1120.- Terapia nutricional.

- Determinar las calorías y el tipo de nutrientes sólidos y líquidos (incluir alimentos ricos en fibra para evitar estreñimiento) necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.
- Enseñar elaboración de la dieta y dar por escrito a la familia.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A LA PERSONA CUIDADORA Y FAMILIA

Valoración mínima específica de enfermería de la persona cuidadora, estructurada por Necesidades Básicas Virginia Henderson

01 RESPIRACIÓN

Fumador/a.
Desea dejar de fumar.

Tests e índices: test de Apgar y test de Silverman.

02 ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN

Peso / talla / IMC.
Nº comidas/ día / distribución.
Total consumo líquido diario.
Dentadura natural está en buen estado.

Tests e índices: diez pasos para una lactancia feliz OMS-UNICEF y Mini Nutritional Assessment“ MNA“.

04 MOVILIZACIÓN

Problemas o limitaciones relacionados con la movilidad.

Tests e índices: tipo convulsiones y temblores, tabla de Haizea-LLevant, test de Denver, escala de Lawton y Brody (valoración AIVD) e índice de Barthel (autonomía AVD).

05 REPOSO / SUEÑO

Horas de sueño: día / noche / siesta.

Problemas relacionados con el sueño.

Cambios en el patrón del sueño.

Cómo lo resuelve:

- . Medicamentos.
- . Recetados por el medico.
- . Conoce efectos.
- . Ha intentado dormir sin medicamentos.
- . Quiere probar otro método.

Otros datos de interés:

- . Influencia de las emociones.
- . Importancia que da al dormir / descansar.

08 HIGIENE / PIEL

Estado de la piel: normal / alterada / deshidratada.

Problemas o limitaciones para realizar su higiene.

Percepción de uno/a mismo/a.

Significado de la higiene personal, condiciones de la casa.

Tests e índices: tabla de Haizea-LLevant test de Denver, escala de Lawton y Brody (valoración AIVD, índice de Barthel (autonomía AVD) y escala de Norton (valoración úlceras por decúbito).

09 SEGURIDAD

Alcohol.

Tabaco.

Otras sustancias.

Sensación habitual de estrés.

Auto percepción / auto evaluación.

Cambios recientes: personales / físicos.

Seguridad del entorno.

Sentimientos habituales.

Relación consigo mismo / con los de demás.

Tests e índices: test de Pfeiffer, test de MEC, test del informador y escala de Norton (valoración de úlceras por decúbito).

10 COMUNICACIÓN

Describe con quien comparte el hogar.

Relaciones con las personas de su entorno.

Personas clave con quien compartir experiencias vitales.

Se relaciona con ellos/as en este momento.
Sentimiento de pertenencia y de integración.
Cambios en el entorno social.
Estado de ánimo, situación de salud.
Problemas en relación con la sexualidad.
Embarazos anteriores /Abortos.

Tests e índices: tabla de Haizea-LLevant, test de Denver, test de Goldberg, test de Yesevage, test de Apgar familiar.

11 CREENCIAS Y VALORES

Creencia religiosa.
Creencias no religiosas.
Conflicto con sus propias creencias y valores.
Sentido de la vida.
Significado experiencias cotidianas. Sentido del sufrimiento.
Jerarquía personal de valores.
Capacidad para tomar decisiones libremente.
Auto apreciación negativa.
Capacidad para tomar decisiones libremente.
Auto apreciación negativa.

12 TRABAJAR / REALIZARSE

Situación laboral.
Tipo de trabajo / categoría profesional/ horario.
Compagina trabajo doméstico con actividad laboral externa.
El resto de la familia colabora en tareas domésticas.
Tiene alguna persona a su cargo: hijos/as pequeños/as, personas de edad avanzada, con incapacidades.
Especificar grado de parentesco y problema de salud.
Percepción de utilidad y satisfacción personal.
Su situación actual ha comportado cambios en sus ocupaciones.
Cómo se vive este hecho.
Recursos inadecuados.
Dificultades para realizar actividades de cuidados.
Conoce los recursos disponibles de la comunidad.

Tests e índices: test de Zarit, de Duke Hung y de sobrecarga del cuidador.

13 ACTIVIDADES LÚDICAS

Significado que da la persona a las actividades recreativas.
Actividades recreativas habituales.
Su situación ha cambiado sus actividades recreativas.
El tiempo de ocio lo pasa: solo/a, con la familia, con amigos/as.
Se aburre cuando no trabaja en su ocupación habitual.

14 APRENDER

Nivel de estudios.
Actitudes relacionadas con el aprendizaje.
Especificar problemas actuales para el aprendizaje.
Forma habitual de utilizar los recursos sanitarios.
Desea mas información sobre....
Pertenece a alguna asociación.

Tests e índices: test de Denver, tabla de Haizea-LLevant y test de Pfeiffer.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS SELECCIONADOS SIGUIENDO LA TAXONOMÍA II DE LA NANDA

Manejo inefectivo o incumplimiento del régimen terapéutico. M/p elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención, verbalización de desear manejar el tratamiento y la prevención de secuelas, no haber emprendido acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y sus secuelas.

Factores relacionados: complejidad del régimen terapéutico, déficit de conocimientos, complejidad del sistema de cuidados de salud, falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de salud, dificultades económicas, impotencia, conflicto familiar o percepción subjetiva de gravedad.

Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de persona cuidadora.

Factores de riesgo por parte de la persona cuidadora: falta de experiencia en brindar cuidados, falta de descanso y distracción, deterioro de la salud, desempeño de roles que entren en conflicto, no estar preparado/a desde la perspectiva de su desarrollo para asumir ese papel y retraso en el desarrollo o retraso mental.

Factores de riesgo por parte por parte de la persona receptora de cuidados: enfermedad grave, cuidados numerosos o complejos importantes, curso imprevisible de la enfermedad o inestabilidad de la salud, retraso mental y problemas psicológicos o cognitivos.

Factores de riesgo por parte del entorno: entorno físico inadecuado, prolongación de los cuidados, situación marginal o disfunción familiar previa y aislamiento.

Ansiedad. M/p la persona se muestra agitada, nerviosa, inquieta, manifiesta quejas de insomnio, preocupación de cambios en acontecimientos vitales, se muestra arrepentida, irritable, temerosa, angustiada, sobreexcitada, desconcertada, aprensiva, se muestra olvidadiza, preocupada, confusa, siente miedo inespecífico, tiende a culpar a otras personas o es consciente de la sintomatología que presenta.

Factores relacionados: amenaza de cambio en el rol, conflicto inconsciente sobre valores y objetivos prioritarios en la vida, crisis personal o situacional o bien alto grado de estrés.

Afrontamiento familiar comprometido. M/p la persona responsable del cuidado muestra una conducta desproporcionada (por exceso /defecto) en relación con las capacidades o necesidad de autonomía del niño o de la niña o describe o confirma una comprensión o conocimiento inadecuados que interfieren con las conductas efectivas de ayuda y soporte.

Factores relacionados: la persona responsable del cuidado está temporalmente preocupada por conflictos emocionales y es incapaz de percibir o actuar de forma efectiva respecto a las necesidades del niño o de la niña, tiene comprensión o información inadecuada o bien el niño o la niña, brinda poco soporte a la persona de referencia.

DESARROLLO

00078.- MANEJO INEFECTIVO O INCUMPLIMIENTO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1813.- Conocimiento: régimen terapéutico.

01. Descripción de la justificación del régimen.
02. Descripción de las responsabilidades de los cuidados.
04. Descripción de los efectos esperados.
05. Descripción de la dieta / actividad/ ejercicio / medicación.
10. Descripción de proceso de la enfermedad.

1609.- Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.

02. Cumple régimen terapéutico recomendado.
03. Cumple dieta, actividad física / ejercicio recomendado.
05. Cumple los tratamientos prescritos.
06. Evita conductas que potencian la patología.
12. Utiliza correctamente los dispositivos.
15. Busca consejo de profesionales de la salud cuando es necesario.

1606.- Participación en las decisiones sobre la atención sanitaria.

01. Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones.
02. Manifiesta autocontrol en la toma de decisiones.
03. Busca información.

1601.- Conducta de cumplimiento.

01. Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida.
03. Comunica seguir la pauta prescrita.
04. Acepta el diagnóstico de profesionales de la salud.

NIC (Intervenciones de enfermería):

4420.- Acuerdo con el niño o la niña y la persona cuidadora.

- . Determinar con la persona cuidadora los objetivos de los cuidados.
- . Ayudar a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos.
- . Ayudarle a establecer objetivos realistas.
- . Establecer objetivos como conductas fácilmente distinguibles.
- . Explorar métodos de evaluación de la consecución de objetivos.
- . Disponer de un ambiente abierto para la creación de un acuerdo.

4360.- Modificación de la conducta.

- . Valorar sus razones para desear cambiar.
- . Ayudarle a identificar las conductas, los objetivos que deben ser cambiados para alcanzar las metas.
- . Ayudarle a identificar su fortaleza y reforzarla.
- . Evitar mostrar rechazo.

5602.- Enseñanza: proceso de enfermedad.

- . Evaluar su nivel de conocimientos relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- . Proporcionarle información acerca de las medidas de diagnóstico disponibles según resulte adecuado.
- . Evitar promesas tranquilizadoras.
- . Explorar los recursos y apoyos posibles.

5614.- Enseñanza: dieta prescrita.

- . Enseñar a la familia y persona cuidadora los grupos de nutrientes, cantidades mínimas diarias de los diferentes grupos de alimentos, cálculo de las calorías aconsejadas, realización de intercambios/ equivalencias/ raciones y ayudar, si procede, a elaborar dieta personalizada.

5616.- Enseñanza: medicación prescrita.

- . Informarle acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- . Informarle tanto del nombre genérico como del comercial.
- . Proporcionarle información acerca de la acción, propósito, efectos secundarios, etc. de los medicamentos.
- . Instruirle acerca de cómo seguir las prescripciones si fuera necesario.

5612.- Enseñanza: actividad prescrita.

- . Informarle acerca de las actividades apropiadas en función de su estado de salud.
- . Elaborar un plan de ejercicios adecuado a su capacidad.
- . Evaluar el cumplimiento de su plan de ejercicios.

00062.- RIESGO DE CANSANCIO EN EL DESMPENÑO DEL ROL DE LA PERSONA CUIDADORA.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

2203.- Alteración del estilo de vida.

01. Insatisfacción con circunstancias de la vida.
02. Realización alterada del rol.
04. Oportunidades para la intimidad comprometida.
08. Actividades de ocio comprometidas.
09. Productividad laboral comprometida.

2508.- Bienestar.

01. Satisfacción con la salud física.
02. Satisfacción con la salud emocional.
06. Satisfacción con el apoyo instrumental.
07. Satisfacción con el apoyo profesional.

0003.- Descanso.

01. Tiempo de descanso.
03. Calidad del descanso.
06. Utilización de fármacos.

2204.- Relación entre persona cuidadora y paciente.

01. Comunicación efectiva.
02. Paciencia / armonía /tranquilidad.

1902.- Control del riesgo.

01. Reconoce el riesgo.
08. Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.
13. Utiliza servicios sanitarios, sociales y de apoyo.
16. Reconoce cambios en el estado de salud.

NIC (Intervenciones de enfermería):

7040.- Apoyo a la persona cuidadora.

- . Determinar el nivel de conocimientos de la persona cuidadora.
- . Determinar la aceptación de su papel.
- . Elaborar conjuntamente una lista de sus fortalezas y debilidades.
- . Implicar a varios miembros de la familia en los cuidados.
- . Informarle sobre los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- . Observar si hay indicios de estrés.
- . Enseñarle técnicas de control de estrés.
- . Derivarle, si es necesario, a su médico o médica o trabajador o trabajadora social.

7200.- Fomento de la normalización familiar.

- . Fomentar el desarrollo de la integración del niño o de la niña en el sistema familiar sin que se convierta en el centro de la misma.
- . Que la familia le vea como un niño o una niña más que como una persona discapacitada o enferma crónica.
- . Determinar la necesidad de cuidados intermitentes para la madre, el padre y personas cuidadoras.

5370.- Potenciación de roles.

- . Ayudale a identificar cambios de roles específicos y necesarios debido a enfermedad o discapacidades.
- . Animarle a identificar una descripción realista del cambio de rol.
- . Facilitar la discusión de expectativas entre menor y persona cuidadora.

5300.- Facilitar la expresión del sentimiento de culpa.

- . Ayudar a la persona cuidadora y a la familia a identificar y examinar las situaciones en las que se experimenta o generan sentimientos de culpa.
- . Ayudar a la persona cuidadora y a la familia a identificar su comportamiento en la situación de culpa.
- . Facilitar la discusión del impacto de la situación sobre las relaciones familiares.

7108.- Asistencia en el mantenimiento del hogar.

- . Determinar las necesidades de mantenimiento del niño o de la niña en el domicilio.
- . Aconsejar las alteraciones estructurales para que el hogar sea accesible.
- . Proporcionar información sobre la manera de convertir el hogar en un sitio seguro y limpio.
- . Ayudar a los miembros de la familia a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en la realización de sus roles.
- . Proporcionar información sobre red de apoyo social y de cuidados intermitentes, si es necesario.

00146.- ANSIEDAD

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1402.- Control de la ansiedad.

- 03. Disminuye los estímulos ambientales.
- 04. Busca información para reducir ansiedad.
- 06. Utiliza estrategias de superación efectivas.
- 17. Controla la respuesta de ansiedad.

1302.- Superación de problemas.

- 01. Identifica patrones de superación eficaces.
- 04. Refiere disminución del estrés.
- 09. Utiliza el apoyo social disponible.

1405.- Control de la agresión.

- 07. Comunica sus necesidades de forma apropiada.
- 08. Comunica sus sentimientos de forma apropiada.

1305.- Adaptación psicosocial: cambio de vida.

- 01. Establecimiento objetivos realistas.
- 02. Mantenimiento de autoestima.
- 04. Expresiones de utilidad.
- 13. Expresiones de apoyo social adecuado.

NIC (Intervenciones de enfermería):

5820.- Disminución de la ansiedad.

- . Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- . Proporcionarle información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- . Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- . Escuchar con atención.

5230.- Aumentar el afrontamiento.

- . Valorar el impacto de la situación sobre sus roles y relaciones.
- . Animarle a encontrar sus puntos fuertes y sus capacidades.

- . Valorar las necesidades y deseos de apoyo social.
- . Ayudar a identificar sistemas de apoyo disponibles.
- . Ayudar a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida.
- . Animar al niño o a la niña y a la familia a identificar qué hacen bien y potenciarlo.

5240.- Asesoramiento.

- . Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- . Demostrar empatía, calidez y autenticidad.
- . Ayudar a identificar el problema o la situación causante del problema.
- . Establecer la duración de las sesiones de asesoramiento.
- . Establecer metas.

5340.- Presencia.

- . Mostrar una actitud de aceptación.
- . Escuchar.
- . Estar físicamente disponible como elemento de ayuda.

00074.- AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

2604.- Normalización de la familia.

- 01. La familia reconoce la existencia de alteraciones.
- 04. Alteran el plan terapéutico para adaptarlo a su vida diaria.
- 11. Mantienen las expectativas habituales del padre y de la madre para el niño o la niña.
- 15. Utilizan los recursos sanitarios y sociales cuando es necesario.

2605.- Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.

- 01. Las personas cuidadoras participan en la planificación de la asistencia.
- 03. Proporcionan información relevante a profesionales de la salud.
- 04. La familia obtiene la información necesaria de profesionales de la salud.
- 06. Colaboran en el ajuste del plan terapéutico.

NIC (Intervenciones de enfermería):

7140.- Apoyo a la familia.

- . Asegurar que al niño o a la niña se le brindan los mejores cuidados posibles.
- . Escuchar sus inquietudes, sentimientos y preguntas.
- . Favorecer una relación de confianza.
- . Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.
- . Asegurarse de que el niño o la niña y la familia conocen el número de teléfono al que deben llamar, para localizar al equipo que lo atiende, si surgen complicaciones.

7110.- Fomento de la implicación familiar.

- . Identificar la capacidad de la familia para puesta en marcha del plan terapéutico.
- . Valorar los recursos físicos, emocionales y sociales de la familia.
- . Implicar a varios miembros de la familia en la supervisión del cuidado.
- . Reconocer síntomas físicos de estrés en los miembros de la familia.
- . Favorecer la obtención de recursos para el control de la enfermedad.
- . Pactar que varios miembros de la familia se releven en la supervisión o puesta en marcha del plan terapéutico.
- . Derivar si es preciso, al equipo de salud mental.

7040.- Apoyo a la persona cuidadora.

- . Proporcionar información sobre el estado de salud del niño o de la niña.
- . Determinar el nivel de conocimientos de la persona cuidadora.
- . Determinar la aceptación de su papel.
- . Elaborar conjuntamente una lista de sus fortalezas y debilidades.
- . Informar sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- . Observar si hay indicios de estrés.
- . Enseñarle técnicas de control de estrés.

ESCALAS ^{23,24,25}

- Gross Motor Function Classification System
- Manual Ability Classification System
- Alberta Infant Motor Scale
- Functional Mobility Scale o Escala Gillette
- Balance muscular: Lovett y Martín
- Medición clínica de la espasticidad: Escala de Ashworth, modificada por Bohannon
- Test clínicos (Test de Adams utilizando escoliómetro, Test de Thomas, Test del Péndulo, Test del Minuto, etc.)
- Evaluación de la manipulación (MACS)
- Evaluación de la marcha (FMS)
- Escalas de Brooke y Vignos (Distrofia Muscular)

EXPLORACIÓN DE LA MARCHA

1. Examen clínico observacional:
 - a) Estimación visual:
 - Movimiento del tronco
 - Movimiento de miembros superiores
 - Base de sustentación
 - Valoración por separado de cada extremidad inferior en las fases de balanceo y apoyo
 - Marcha de puntillas y de talones
 - b) Uso del cronómetro:
 - Test del minuto (1)
 - Tiempo en caminar 15 m.
 - c) Examen del calzado
2. Análisis instrumentado:
 - a) Vídeo
 - b) Pasillo instrumentalizado
 - c) Acelerometría
 - d) Esterero-fotogrametría
 - e) Electromiografía
3. Valoración funcional:
 - a) Functional mobility scale (2)
 - b) Escala de Gillette (3)

APGAR FAMILIAR

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR-CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario que puede ser **autoadministrado o heteroadministrado** y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7-10 puntos
- Disfuncional leve: 3-6 puntos
- Disfuncional grave: 0-2 puntos

Versión heteroadministrada: leer las preguntas del cuestionario y señalar la respuesta del paciente.

Versión autoadministrarada: Recortar por la línea de puntos y entregar al paciente para su cumplimentación.

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Instrucciones: por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
Puntuación Total			

Bibliografía: Smilkstein G. the family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J.Fam Pract 1978;6: 123-29. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18(6):289-295. Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. Edita: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

INFORME DE ESCOLARIZACIÓN



INFORME PREVIO A LA ESCOLARIZACIÓN

DE CENTRO DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA (CAIT) A¹: (apunte en el que proceda)

1.- EQUIPO DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA:

2.- ESCUELA INFANTIL:

3.-CENTRO DE EDUCACIÓN INFANTIL:.....

DATOS PERSONALES:

Apellidos, Nombre:		Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Fecha de nacimiento:			
Dirección:			
C.P.:	Localidad:	Provincia:	
e-mail:	Teléfono:	Móvil:	
Padre, madre o representante legal:			

PROFESIONAL QUE EMITE INFORME (Logopeda, Psicólogo, Pedagogo): _____

FECHA DE INICIO INTERVENCIÓN: __/__/____.

INTERVENCIÓN TERAPEUTICA²:

Profesionales	Psicología	Logopedia	Fisioterapia	Otros	Horas/mes*	Tipo actividades
UMAT / MES / NIÑO-A						
UMAT / MES / FAMILIA						
UMAT / MES / ENTORNO						
UMAT/MES/GRUPAL (Niño-a y/o familia)						

* UNA vez al mes (1), UNA vez cada DOS meses (bimensual, 0,5), UNA vez cada TRES meses (trimestral, 0,3), UNA vez cada SEIS meses (semestral, 0,1) y UNA vez al año (0,08)

OTRAS INTERVENCIONES (Especificar si está siendo atendido en otro ámbito)

VALORACIÓN DEL DESARROLLO

Edad cronológica:	Edad corregida (en su caso):	Edad madurativa:
Desarrollo socioafectivo	<input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> No adecuado	Desarrollo cognitivo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> No adecuado
Relaciones con los iguales	<input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> No adecuado	Uso adecuado de los juguetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Expresa emociones en situaciones sociales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Juego simbólico y social <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Identifica emociones en los demás	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Capacidad de imitación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Muestra afecto con la familia y otros/as menores	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Capacidad de atención <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> No adecuado
Desarrollo Psicomotor		
Motricidad gruesa		Motricidad fina
Control cefálico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Uso adecuado de las manos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Volteo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alcanza objetos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sedestación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sostiene un objeto en cada mano <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Arrastre/gateo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Realiza actividades bimanuales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Deambulación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Oposición del pulgar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Bipedestación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pinza digital <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Marcha	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Independiza el dedo índice <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Desarrollo conductual		Desarrollo sensorial
Conductas autolesivas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Percepción visual <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> No adecuado
Rabietas muy frecuentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Percepción auditiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

¹ Identificar el centro donde la familia desea solicitar plaza.

² UMAT: Unidad de Medida en Atención Temprana = 45'

Movimientos estereotipados	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Coordinación visomotora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conductas repetitivas/autoestimuladas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Percepción corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precisa ayuda para desplazarse	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Actividades para la vida diaria		
Precisa adaptación del puesto escolar	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Hábitos de sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros datos de interés			Hábitos de alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Control de esfínteres (causa de la ausencia)			Alimentación (triturado, semitriturado, sólido) toma (cuchara, tetina,..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Análisis del lenguaje			Líquidos en biberón, vaso ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Función Pragmática			Colabora en tareas de ascó y vestido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intención comunicativa	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Lenguaje Expresivo		
Lenguaje gestual	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Emisión silábica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Demanda señalando	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Primeras palabras	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Comparte sus intereses	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Realiza frases	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Capacidad de imitación	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Discurso ininteligible	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Lenguaje comprensivo			Habla ecológica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Parece no oír	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Otras formas de comunicación:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Responde a su nombre	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Cuáles/ Cómo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sigue instrucciones sencillas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Otros datos destacables:		
Escalas de observación y/o Pruebas realizadas:			Adaptabilidad (a los entornos desconocidos):		
			Temperamento:		
			Gustos y juegos o actividades preferidas:		
			Otros:		

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____
PATOLOGÍA ASOCIADA: _____

CATALOGACIÓN DIAGNÓSTICA (ODAT) :

I		II		III		IV		V		VI	
I		II		III		IV		V		VI	
I		II		III		IV		V		VI	
I		II		III		IV		V		VI	

AUTORIZACIÓN FAMILIAR :

- Se elabora este informe para su derivación a Centros Escolares de Educación Infantil de Primer o Segundo Ciclo (0-3 o 3-6 años).
- En este informe aportamos la descripción del desarrollo actual necesaria para conocer la realidad psicoevolutiva del niño o niña, a través de la intervención que se realiza en el CAIT.
- Estos informes se plantean como una medida de acción positiva y promueven el trabajo coordinado entre administraciones para favorecer una mejor atención de niños y niñas con trastorno del desarrollo o riesgo de padecerlo.
- Los datos que se aportan en dichos informes, bajo ninguna argumentación pueden ser utilizados en sentido de discriminación, restricción o privación de derecho a la plena participación e igualdad de oportunidades de estos niños y niñas.
- Para facilitar el tramite de las solicitudes de escolarización, y en conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), los datos suministrados por los representantes legales del usuario o la usuaria quedarán incorporados en un fichero automatizado, el cual será procesado exclusivamente para la finalidad descrita, Dichos representantes legales podrán ejercer sus derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación, en cumplimiento de lo establecido en la LOPD. Por otra parte, los representantes legales autorizan la cesión de datos entre las Administraciones implicadas.

Nombre y firma del profesional:

Nombre, Fecha y firma del representante legal:

Fecha:

VALORACIÓN FONIÁTRICA

1. Valoración del habla, voz, lenguaje y deglución en el paciente con PC.
2. Diagnóstico de las alteraciones en el habla, voz, lenguaje y deglución en el paciente con PC.
3. Planificación del tratamiento de los trastornos de la comunicación y deglución en el paciente con PC, estableciendo los objetivos y pautas de forma individualizada para cada individuo.
4. Ofrecerá información a la familia y al paciente sobre su trastorno y sobre el proceso terapéutico, así como, de la colaboración necesaria para su desarrollo.

Los datos de la exploración que debe incluir la historia clínica del médico foniatra (o en su defecto el médico especialista en medicina física y rehabilitación) se resumen en los siguientes apartados:

1. Partes del cuerpo relacionadas con la emisión de voz:
 - a) Control de la cabeza
 - b) Tono postural y en movimiento de tronco. Si hay movimientos asociados o espasticidad
2. Alimentación:
 - a) Deglución
 - b) Masticación
 - c) Tipo de alimentación que tolera
3. Exploración de los reflejos orales.
4. Musculatura de la zona oral y perioral.
5. Respiración.
6. Fonación.
7. Articulación.
8. Inteligibilidad.
9. Prosodia.

Criterios de derivación de foniatría:

- A. Trastornos de masticación /deglución con signos y/ síntomas de alteración de seguridad respiratoria.
- B. Babeo persistente.
- C. Trastornos del habla, voz y /o lenguaje.

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS RECOMENDADAS EN LAS DEFORMIDADES ORTOPÉDICAS EN MENORES DE 6 AÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL

ARTICULACIÓN	DEFORMIDAD	INDICACIÓN	TÉCNICA QUIRÚRGICA
Columna vertebral	Escoliosis	> 40° Repercusión funcional	Artrodesis vertebral (fijación transpedicular)
Columna vertebral	Cifosis	Dolor Repercusión funcional	Sección proximal de isquiotibiales Artrodesis vertebral (cifosis congénita)
Hombro	Aducción y rotación interna	Repercusión funcional	Sección del subescapular
Mano	Pulgar alojado	Repercusión funcional Grasping	Desinserción de aductor corto
Cadera	Flexión	> 20°	Tenotomía de psoas Souter-Campbell
Cadera	Flexión	> 45°	Osteotomía
Cadera	Aducción	Abducción < 25°	Souter-Campbell Tenotomía de aductores
Cadera	Anteversión femoral	Inestabilidad Repercusión sobre la marcha	Osteotomía extra-rotadora
Cadera	Riesgo de luxación	Reimers < 30%	Tenotomía de aductores, psoas y recto anterior
Cadera	Luxación	Reimers > 30%	Osteotomía femoral varizante y extra-rotadora Osteotomía pélvica
Rodilla	Valgo	Repercusión funcional	Sección o zetaplastia de la cintilla ilirotibial
Rodilla	Flexión	> 15° Marcha posible	Tenotomía del recto interno y alargamiento del semitendinoso Alargamiento de isquiotibiales Capsulotomía
Rodilla	Recurvatum	Test de Ely Alteración de la marcha	Corrección del equino Tenotomía del recto anterior
Pie	Equino	> 5° Apoyo no plantigrado Hemiplejía espástica Diplejía espástica	Alargamiento percutáneo de Aquiles por deslizamiento.
Pie	Valgo	Apoyo no plantigrado Dolor Marcha agazapada	Artrodesis subtalar extraarticular: Grice y Green
Pie	Varo	Apoyo no plantigrado No corrección con ortesis	Alargamiento o trasposición del tibial posterior
Pie	Cavo	Dolor	Fasciotomía plantar Desinserción del pedio

NECESIDADES ESTRUCTURALES

Relación entre la situación motora y las dificultades funcionales en el entorno escolar.

SITUACIÓN MOTORA	SEDESTACIÓN	MANIPULACIÓN	ALCANCE FUNCIONAL	MOVILIDAD EN EL COLEGIO
Deambulaci3n sin ayuda	No precisa adaptaci3n	No precisa adaptaci3n	No limitado	No limitada
Deambulaci3n con ayuda (andador, bastones)	No precisa o adaptaciones m3nimas	Evaluar escritura manual	Limitado seg3n la calidad de la marcha	Ayuda m3nima: escaleras y/o rampas
Desplazamiento en silla de ruedas autopropulsada. Con control de tronco	Adaptaciones simples	Evaluar escritura manual u ordenador normal	Limitado a la postura sentado	Evitar escaleras y pendientes
Desplazamiento en silla de ruedas de control postural no autopropulsada. Sin control de tronco	Mobiliario adaptado: mesa, silla y reposapi3s	Ordenador adaptado. Juego adaptado	Limitado a la postura sentado y al equilibrio del tronco	Ayuda de una persona
Desplazamiento en silla de ruedas de control postural no autopropulsada. Sin control de tronco. Movimientos dist3nicos	Permanecer en su silla de ruedas, con adaptaciones en la mesa	Ordenador adaptado con evaluaci3n individualizada. Juego adaptado.	M3nimo o no posible	Ayuda de una persona
Riesgo de 3lceras por presi3n (mielomeningocele)	Coj3n antiescaras. Adaptaciones variables seg3n el nivel motor	Variable seg3n la afectaci3n de la mano: diston3a y/o espasticidad	Variable seg3n el nivel motor	Variable seg3n el nivel motor

A.L: Maestro o maestra especialista en Audición y lenguaje. Logopedas itinerantes que tienen asignados uno o varios centros para atención logopédica de alumnos. Su labor es complementaria al PT.

ACI: Adaptación Curricular Individual. Es un documento que se realiza para adaptar las competencias curriculares para niños con necesidades específicas de apoyo educativo.

CAIT²⁷: Centro de Atención Infantil Temprana. Aquel servicio que dispone de los recursos personales y materiales, propios o en coordinación con los existentes en la zona de cobertura, suficientes para realizar una intervención global y personalizada a los menores, sus familias y su entorno, que presentan o tienen riesgo de presentar trastornos en su desarrollo.

Dictamen de escolaridad: Se realiza por el EOE de zona al recibir la solicitud de un Director por escolarizar alumnos con necesidades educativas especiales.

EOE: Equipo de Orientación Educativa. Son unidades básicas de orientación psicopedagógica. Atienden los centros de educación infantil y primaria de una zona educativa.

Iriscom: es un recursos para la comunicación de personas con discapacidad motora que consiste en el manejo del ordenador mediante el movimiento del ojo.

ODAT: Organización Diagnóstica para la Atención Temprana²⁶.

PIAT: Plan Individualizado de Atención Temprana.

Programa individualizado de Atención Temprana²⁷: Es el programa que se desarrolla para cada niño o niña en concreto. Incluye el diagnóstico de la situación, la intervención terapéutica y la revisión o evaluación periódica.

PT: Profesor de Pedagogía Terapéutica. Este profesional es el responsable de los alumnos con necesidades educativas especiales.

Tablet PC: es un ordenador a medio camino entre un ordenador portátil y un PDA, en el que se puede escribir a través de una pantalla sensible. Un usuario puede utilizar un lápiz para trabajar con el ordenador sin necesidad de teclado o ratón.

UMAT: Unidad de medida de la Atención temprana. Una UMAT correspondería a 1 sesión de 45 minutos.

RECURSOS

- Inclinómetro mecánico. Por su facilidad de uso se recomienda el Plurimeter del Doctor Rippstein (Características).
- Pasillo instrumentalizado (Al menos dos en la Comunidad Autónoma, como referencia).

BIBLIOGRAFÍA

1. Nieto Barrera Manuel. Signos de alerta en el desarrollo psicomotor. Introducción. An Esp Piadtr 1993; 39 (S 56): 15-18.
2. Lluch Fernández M^a Dolores. Signos de alerta en el desarrollo motor. An Esp Pediatr 1993; 39 (S 56): 19-23.
3. Fejerman Natalio, Fernández Álvarez Emilio. Neurología Pediátrica. 3^a ed. Editorial Médica Panamericana; 2007.
4. Ruiz Extremera Ángeles, Robles Vizcaíno Concepción. Niños de riesgo. Programa de Atención Temprana. 1^a ed. Madrid: Ediciones Norma-Capitel; 2004.
5. Ashwal Stephen, Russman Barry S., Blasco Peter A., Miller, Sandler Adrian, Shevell Michael et al. Practice Parameter: Diganostic assessment of the child with cerebral palsy Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committe of the Child Neurology Society. Neurology 2004; 62: 851-863.
6. Swaiman Kenneth F., Ashwal Stephen, Ferreiro Donna M. Pediatric Neurology. Principles and Practice. 4^o ed. Philadelphia: Mosby-Elsevier; 2006.
7. Bohannon Richard W., Smith Melissa B. Interrater reliability of the modified Ashworth scale of muscle spascity. Phys Ther 1987; 17: 206-207.
8. Lovett Robert W., Martin Ernest G. Certain aspects of infantile paralysis: with a description o a method of testing. JAMA 1916;66:729-733.
9. Pérez-López Julio et all (2004). Manual de Atención Temprana. Psicología Pirámide.
10. Belda Oriola. Juan Carlos. Recursos en Atención Temprana. Nivel III de la Odat. Revista de Atención Temprana de ATEMP (Murcia). Volumen 9-Nº1- Junio 2006:37-51.
11. Fosang Adrienne L., Galea Mary P., McCoy Anne T., Reddihough Dinah S., Story IAN. Measures of muscle and joint performance in the lower limb of children with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol 2003; 45: 664-670.
12. Tilton Ann H. Management of Spasticity in Children with Cerebral Palsy. Seminars in Pediatric Neurology 2004; 11:58-65.
13. Verrotti Alberto, Greco Rita, Spalice alberto, Chiarelli Francesco, Iannetti Paola. Pharmacotherapy of spasticity in children with cerebral palsy. Pediatr Neurol 2006;34:1-6.

14. Peña-Segura JL, Marco-Olloqui M, Cabrerizo de Diago R, Pérez-Delgado, García-Oguiza A, Lafuente-Hidalgo M et al. Atención temprana y toxina Botulínica. Nuestra experiencia en el siglo XXI. *Rev Neurol* 2008; 47 (1): S25-S33.
15. Ley Órgánica de Educación de 2/2006 de 3 mayo (BOE 4-5-2006).
16. Ley 17/2007, de 10 de Diciembre, de Educación de Andalucía (BOJA 26-12-2007).
17. Orden de 25-7-2008, por la que se regula la atención a la diversidad del alumnado que cursa educación básica en los centros públicos de Andalucía (BOJA 22-8-2008).
18. Orden de 23 de Julio de 2003, por la que se regulan determinados aspectos sobre la organización y el funcionamiento de los Equipos de Orientación Educativa (BOJA de 13/08/2003).
19. Collado Vázquez Susana, Pérez García Cristina, Carillo Esteban Jesús M. Motricidad. Fundamentos y aplicaciones. Madrid: Editorial Dykinson; 2004.
20. Kapandji Adalbert I. Fisiología articular. 1ª ed. Editorial Médica Panamericana; 2007.
21. Levitt Sophie. Tratamiento de la parálisi cerebral y del retraso motor. Ed. Médica Panamericana.
22. Le Métyer, Michel. Reeducción cerebromotriz del niño pequeño. 1ª ed. Ed: Masson Elsevier; 2994.
23. Mc Dowell Brona C., Kerr Claire, Parkes Jackie, Cosgrove Aidan. Validity of a 1 minute walk test for children with cerebral Palsy. *Dev Med Child Neurol* 2005; 47:744-748.
24. Kerr Graham H., Harvey Adrienne, Rodda Jillian, Natrass Gary R., Pirpiris Marinis. The Functional Mobility Scale (FMS). *J Pediatr Orthop* 2004;24: 514-520.
25. Novacheck Tom F., Stout Jean L., Tervo Raymond. Reliability and Validity of the Gillete Functional Assessment Questionnaire as an Outcome Measure in Children with Walking disabilities. *J Pediatr Orthop* 2000; 20:75-81.
26. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana-GAT. Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana. Barcelona: Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana; 2005.
27. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Guía de estándares de Calidad en Atención Temprana. Madrid. Secretaría de Estado de Servicios, familias y Discapacidad, IMSERSO, 2004.

