

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 I/ 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 hemáties 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 (Ane-xo 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 Hemiplejía espástica.
 - Alargamiento del tendón de Aquiles.
 - Alargamiento del tendón de los músculos isquiotibiales.
 - Artrodesis subtalar extraarticular.
 - Alineación de la muñeca.
 - o Diplejía 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...