



SERI Sociedad Española de Rehabilitación Infantil

n° 7. Año 2006

Boletín Científico de la Sociedad Española de Rehabilitación Infantil



(SERI)





Junta Directiva de la SERI

Presidenta:

Dra. M.ª Ángeles Redondo García

Vicepresidente:

Dra. Gemma Girona Chenoll

Secretaria:

Dra. Carmen Beltrán Recio

Tesorera:

Dra. M.ª Victoria Higuera García

Vocales:

Dra. Olga Arroyo Riaño

Dr. Juan Andrés Conejero Casares

Dra. Cristina Laguna Mena

Dra. Natalia Rodríguez Nieva

Dra. M.ª Dolores Sánchez García

Junta Directiva de la SERI

Editorial pág. 3

Dra. M.ª Ángeles Redondo García

**XI Jornadas Científicas
de la SERI. Madrid 2006** pág. 4

Colaboraciones pág. 11

**Servicios Sanitarios y Atención
Temprana. Dra. Marisa Poch i Olivé.**

Noticias pág. 15

Premio Reina Sofía 2005.

Carta del Presidente de la SERMEF.

Jornadas Científicas SERI 2007.

Coordinadora del Boletín:

Dra. Gemma Girona Chenoll

El boletín se distribuirá de forma gratuita a todos los socios de la **SERI**.

Os animamos a colaborar en alguna de las secciones, así como a realizar las sugerencias que consideréis oportunas. La información podéis remitirla por correo electrónico a: **seri@seri.es** o en formato diskette a:

Dra. Gemma Girona.

Servicio Rehabilitación.

Hospital General de Castellón.

Avda. Benicasim, s/nº

12004 CASTELLÓN.

Número 7. Año 2006

Boletín Científico de la Sociedad de Rehabilitación Infantil (SERI).

Reservados todos los derechos.

Queda hecho el depósito que marca la ley.

Quedan rigurosamente prohibidos, sin la autorización escrita de los titulares del "Copyright", bajo las sanciones establecidas por la ley, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo público.

Depósito Legal: B-44.140-2003

© 2003, Sociedad Española de Rehabilitación Infantil (SERI)

Edita: Sociedad Española de Rehabilitación Infantil (SERI)

Patrocina: SERI.

Diseño e Impresión: Método Gráfico

C/ Albasanz, 14 Bis, 1.ª planta, naves A y B
28037 Madrid

CARTA A LOS SOCIOS

Queridos amigos y socios:

Como sabéis el pasado día 25 de marzo se celebró la Asamblea General de nuestra sociedad, en ella correspondía la renovación de cargos de la Junta Directiva y elección de nuevo Presidente; presenté mi candidatura con una finalidad primordial, ayudar a nuestra sociedad a difundirse en diferentes niveles, pero sobre todo en el ámbito de asociaciones de padres, de afectados, del mundo educativo, etc., estando presentes en cada uno de los lugares donde habitualmente desarrollamos nuestra labor profesional.



Desde el año 2000 he desempeñado diferentes funciones en la Junta Directiva. Durante estos próximos cuatro años el programa y los objetivos a desarrollar que nos hemos planteado son muy amplios, entre otros queremos abarcar:

- Elaborar, como Junta Directiva, la ponencia oficial del Congreso de la SERMEF en Zaragoza en el año 2008. Para ello se volverán a remitir a los diferentes enlaces y a otros nuevos la encuesta sobre recursos humanos y materiales. Os pido encarecidamente vuestra colaboración.
- Iniciar lo que se denomina “recomendaciones” desde nuestra sociedad que nos sirva a todos de ayuda, de ejemplo y/o modelo a seguir, avalado desde una sociedad científica. Empezaremos en las jornadas de Granada, a las que os invito desde aquí.
- Estudiar la posible modificación de los estatutos, si procede, para lo que primero lo estudiará la Junta Directiva y posteriormente se remitirá a todos los socios.
- Insistir en la importancia de vuestra colaboración en nuestro Boletín, órgano de expresión de la SERI. Todos nosotros tenemos el derecho y la obligación de colaborar aportando escritos, artículos, ideas, comentarios de libros, información sobre jornadas, paginas Web interesantes etc.
- Difundir nuestra pagina Web, animando a cada uno de vosotros a que la visitéis, aunque espero y deseo ya lo hayáis hecho, y que se la mostréis a amigos, padres, etc.

Para finalizar os haría dos recomendaciones, por aquello que durante estos últimos cuatro años he sido la tesorera, cuando cambiéis de domicilio, de cuenta, etc., os rogamos nos lo facilitéis por correo, bien escrito a nuestra sede social: Rodríguez Marín 69 bajo, 28016 Madrid, bien por correo electrónico seri@seri.es

En fin tenemos muchas ilusiones, muchos proyectos, pero os reitero mis palabras de Madrid tras la confianza depositada con vuestra elección, os necesito, os necesitamos a todos, la SERI somos los 189 socios que a fecha de hoy la constituimos.

Os mando a cada uno un cordial saludo y quedo a vuestra entera disposición

M^a de los Ángeles Redondo García
Presidenta de la SERI



XI Jornadas de la SERI



XI JORNADAS CIENTÍFICAS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN INFANTIL

Madrid, 24 y 25 de Marzo de 2006

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE) Y OTRAS CAUSAS DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO INFANTIL

CONFERENCIA MAGISTRAL: El TCE en el niño y adolescente

Prof. E. Castelli. *Hospital Bambino Gesù. Roma*

El TCE es la primera causa de muerte en los niños y una de las causas más importantes de discapacidad a esta edad, sólo el 30% de los supervivientes tendrá un desarrollo normal. Los pacientes han sufrido un largo período de coma y a menudo otras lesiones traumáticas que van a requerir una completa valoración y un adecuado plan de Rehabilitación (RHB) que haga frente a múltiples consecuencias de tipo neurológico, ortopédico, oftalmológico, neuropsicológico...

DIFERENCIAS CLÍNICAS ENTRE EL TCE DE LOS NIÑOS Y DE LOS ADULTOS.- En los niños más pequeños la resistencia del cráneo es menor por lo que se producen fracturas, con mayor frecuencia de hematomas subdurales e hipertensión endocraneal. Al daño directo sobre el sistema nervioso central (SNC) se añade una mayor reactividad vascular con alta incidencia de daño microvascular difuso. Hay una pérdida de la autoregulación vascular que provoca reacciones fluctuantes en la presión intracraneal que, en conjunto, provocarán lesiones isquémicas. Otra peculiaridad es la disminución del umbral epileptógeno, apareciendo epilepsia hasta en un 20% de los casos, que puede agravar el daño neural.

DESARROLLO COGNITIVO.- En los niños la organización cortical es todavía inmadura, por lo que los procesos de mielinización y las interconexiones neuronales, que se desarrollan hasta los 12-14 años, pueden verse alteradas, lo que determina un resultado más negativo. Son también frecuentes los problemas psiquiátricos, como luego veremos.

VALORACIÓN MULTIDISCIPLINAR.- El equipo es amplio: pediatra, neurólogo, neurocirujano, psicólogo, pedagogo, trabajador social, médico rehabilitador, fisioterapeuta, logopeda, terapeuta ocupacional y la propia familia. Cada miembro del equipo debe trabajar en colaboración con los otros e integrar su contribución, la cual varía a lo largo de la evolución.

En el período agudo lo más importante son los problemas clínicos. Cuando pasa a la Unidad de RHB el niño debe estar estable, libre de infecciones y en respiración espontánea, aunque la

traqueostomía, gastrostomía o sondajes no excluyen su admisión. Estudios clínicos, neurofisiológicos y de neuroimagen son necesarios para una valoración global funcional y pronóstica y para establecer un completo plan de tratamiento. En las lesiones moderadas buscamos rehabilitación reparativa, en las más graves también mecanismos compensatorios.

REHABILITACIÓN.- Debe ser integral y personalizada según la naturaleza de las lesiones y sus consecuencias. A los tratamientos dirigidos al propio niño debemos añadir orientación familiar para mejorar su respuesta al problema de base, la comprensión de los déficits y la interacción social. Es importante la utilización de escalas que objetiven los resultados de nuestro trabajo.

Nuestra labor es importante en todos los estadios: en el agudo para prevenir complicaciones, en el subagudo para mejorar las habilidades y al alta debemos considerar la reinserción con los recursos disponibles. Vemos pues que el TCE es un problema complejo, dinámico y que requiere tratamientos superiores a un año, siendo los problemas cognitivos los de más lenta recuperación.

1ª MESA: ASPECTOS CLÍNICOS DEL TCE

Coordinadora: *Dra. Paloma Sánchez de Muniaín*

MANEJO DEL TCE EN FASE AGUDA

Dr. J.F. Cambra Lasaosa. Servicio de Cuidados Intensivos Hospital San Juan de Dios. Barcelona

La lesión cerebral causada por un traumatismo se produce en fases sucesivas:

- Lesión primaria, producida por el impacto
- L. Secundaria: debida a hipoxia, isquemia o presión intracraneal elevada y frente a las cuales deben ir encaminados todos nuestros esfuerzos
- L. Terciaria: por liberación de aminoácidos excitadores

Consideramos TCE grave aquel en el que el resultado de la escala de coma de Glasgow es igual o inferior a 8. El encéfalo puede presentar diversas lesiones anatómicas y fisiopatológicas



de carácter dinámico por lo que el niño requerirá monitorización multiparamétrica:

- Monitorización de la presión intracraneal (PIC) y presión de perfusión cerebral (PPC). Se mide mediante un catéter intraventricular que además permitirá la extracción de LCR en caso necesario. Las cifras normales de PIC se sitúan por debajo de 15 mm Hg en el paciente sedado; la PPC (P.A. media – PIC) debería ser mayor de 50 mmHg en niños pequeños y 60 en adolescentes
- Saturación venosa en el bulbo de la yugular (SjO₂) que nos indicará el consumo de oxígeno cerebral
- Presión tisular de O₂ (PtiO₂), detectada mediante un catéter intraparenquimatoso que detectaría la isquemia cerebral
- Doppler transcraneal: mide la velocidad del flujo sanguíneo en las arterias del polígono de Willis
- EEG
- Potenciales evocados para valorar respuestas a un estímulo sensorial o de un nervio periférico
- Microdialísis: mide la concentración de sustratos y metabolitos en el líquido extracelular cerebral

TRATAMIENTO.-

- Medidas precoces prestando atención a la vía aérea y asegurando la perfusión y oxigenación. Ante posibles lesiones cervicales se inmovilizará la cabeza en posición neutra con collarín
- Intubación y ventilación para mantener pCO₂ entre 35 y 45 mmHg y pO₂ > 100 mmHg
- Circulación: mantener normovolemia y adecuada presión arterial
- Sedoanalgesia: mediante combinación de mórnicos y midazolam
- Control de temperatura
- Antibioterapia: en caso de heridas penetrantes y maniobras quirúrgicas
- Corticoterapia: si hay lesión de la médula espinal o en caso de contusión rodeada de edema
- Tratamiento anticomial
- Protectores gástricos y nutrición precoz por vía parenteral antes de la sonda nasogástrica
- Tratamiento de las lesiones asociadas
- El tratamiento RHB se iniciará en cuanto el estado del paciente lo permita

MANEJO DEL TCE EN FASE SUBAGUDA

Dra. M. Meléndez Plumed. S^o RHB. Hospital San Juan de Dios. Barcelona

Como hemos visto el contacto con el paciente se iniciará en la UCI, realizando exploración física periódica y pautando fisio-

terapia, terapia respiratoria y férulas en función de las necesidades del paciente. Cuando es dado de alta, pasa a planta y el médico RHB es el coordinador del equipo. La importancia de la familia es crucial en esta fase, ya que colaborarán no sólo en aspectos de alimentación, aseo, control de esfínteres... sino también en la estimulación neurosensorial. Los principales aspectos a considerar son:

- calcificaciones heterotópicas
- reeducación alimentación oral
- prevención de lesiones nerviosas periféricas
- manejo de fracturas asociadas
- reeducación control esfínteres
- control de la epilepsia postraumática
- tratamiento de la espasticidad
- valoración pronóstica y criterios de alta

La mayoría de los pacientes continúa realizando tratamiento rehabilitador ambulatorio hasta su estabilización o recuperación completa.

NEUROIMAGEN Y PLASTICIDAD CEREBRAL

Dr. E. Castelli

Las nuevas técnicas de neuroimagen como el TAC tridimensional, la RMN, la RM funcional y la tractografía nos pueden ayudar a una mejor comprensión de la recuperación de los pacientes y de la correlación clínica. Esto nos permitirá elaborar protocolos siguiendo las vías naturales de recuperación del cerebro.

La plasticidad cerebral está apoyada en diversos estudios que demuestran mejores resultados en los grupos sometidos a estimulación. A continuación se citan referencias aportadas por el autor:

- Mogilner A. Somatosensory cortical plasticity in adult humans revealed by magnetoencefalography. Proc Natl Acad Sci USA 1993 Apr 15;90 (8):3593-7
- Musso M. Training-induced brain plasticity in aphasia. Brain 1999, 122: 1781-90
- Van Dellen A. Delaying the onset of Huntington's in mice. Nature 2000, 404 (6779): 721-2
- Vandermeeren Y. Functional reorganization of brain in children affected with congenital hemiplegia: fMRI study. Neuroimage 2003, 20 (1): 289-301
- Ward NS. Neural correlates of motor recovery after stroke: a longitudinal fMRI study. Brain 2003, 1326: 2476-96
- Spector A. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2003, 183: 248-54





- Wilde EA. Frontal and temporal morphometric findings on MRI in children after moderate to severe traumatic brain injury. *J Neurotrauma* 2005, 22(3): 333-44
- Lazar M. White matter tractography using diffusion tensor deflection. *Hum Brain Mapp* 2003, 18 (4): 306-21
- Holshouser BA. Proton MR spectroscopic imaging depicts diffuse axonal injury in children with traumatic brain injury. *Am J Neuroradiol* 2005, 26 (5): 1276-85

SECUELAS MOTORAS Y SENSORIALES

Dra. A. Febrer Rotger. Jefe S° RHB. Hospital San Juan de Dios. Barcelona

El TCE y el daño cerebral adquirido en general, se manifiesta por una serie de trastornos motores y sensoriales de frecuencia variable y que citaremos.

1. Secuelas motoras:

- Trastornos de la fuerza muscular: hemiparesia, tetraparesia...
- Trastornos del tono muscular: la espasticidad es la más frecuente. Suele aparecer en la fase de coma y tiende a disminuir con la evolución, constituyendo un factor predictivo de la capacidad de marcha. La hipotonía es rara y debe sospecharse lesión del sistema nervioso periférico
- Trastornos del movimiento: en forma de temblor, ataxia o distonía. Otros como la apraxia, aunque no es un trastorno puramente motor, se considera como un trastorno de la ejecución del movimiento

2. Alteraciones sensitivas

3. Trastornos sensoriales: alteraciones visuales, oftalmológicas, olfatorias...
4. Trastornos del lenguaje, en forma de disartrias, apraxia o afasias (menos frecuente)
5. Lesiones nerviosas periféricas: médula espinal, plexo braquial...

No existe actualmente consenso en relación a las escalas de valoración funcional. Las más utilizadas son: la GOS (escala de resultados de Glasgow), la DRS (Disability rating scale) y la LCFS (escala de función cognitiva del Rancho de los Amigos). El FIM, aunque no es una escala específica, se utiliza frecuentemente; en los menores de 7 años, deberá usarse la adaptación infantil (wee-FIM) o el PEDI.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS AL TCE GRAVE

Dr. J.A. Alda. Jefe S° Psiquiatría. H. San Juan de Dios. Barcelona

Son especialmente invalidantes; la morbimortalidad aumenta con la edad (disminución de reserva neuronal, disminución

adaptación...). El 63% de los casos graves y el 21% de los moderados presenta problemas a los dos años de seguimiento. Múltiples factores influyen en este tipo de trastornos:

- pretraumáticos: personalidad premórbida
- traumáticos: edad, tipo y extensión de la lesión, epilepsia...
- psicológicos: estado mental en el momento de la lesión, memoria de lo ocurrido, estrategias frente al estrés...
- sociales: entorno sociofamiliar, recursos familiares y del centro de tratamiento...

Las principales complicaciones psiquiátricas son:

- deterioro intelectual
- síndrome del lóbulo frontal (impulsividad, desinhibición...)
- alteraciones de personalidad: irritabilidad, agresividad...
- trastornos afectivos
- déficit de atención e hiperactividad
- fobias, trastorno obsesivo compulsivo
- trastornos depresivos y de ansiedad
- alt. psicóticas: delirios, ideas de persecución, alucinaciones...

La agitación postTCE es muy frecuente en la fase de despertar, complica los cuidados y dificulta la RHB. Se trata mediante control del entorno, contención mecánica muy supervisada, técnicas conductuales y neurolépticos.

2ª MESA: ASPECTOS PSICOSOCIOFAMILIARES Y PERSONALES DEL TCE

Coordinadora: **Dra. Mª Angeles Redondo García**

ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS Y SU ABORDAJE

Prof. J.A. Portellano. Universidad Complutense. Madrid

Los niños que han presentado un TCE pueden presentar, como hemos visto, una variada gama de alteraciones, que afectan a las funciones cognitivas y del comportamiento, entre otras. La recuperación de estas funciones sigue el principio de la plasticidad inversa, es decir, cuanto menor es la edad del niño mayores son las posibilidades de recuperación funcional, siendo esto menos válido para los casos graves en los que las lesiones dañan severamente las áreas corticales todavía inmaduras. Por término medio la disminución del cociente intelectual (CI) en el TCE grave alcanza 30 puntos. De un modo más específico las funciones mentales más afectadas son: atención, velocidad de procesamiento, razonamiento, capacidad de resolución de problemas y memoria.

La intervención neuropsicológica debe realizarse en tres niveles diferentes: personal, escolar y familiar. La evaluación inicial es el punto de partida del proceso de RHB, basándonos en los puntos fuertes y débiles identificados. Aunque se puedan utili-

zar estrategias tanto de compensación como de restauración, son éstas últimas las más útiles en el TCE infantil, ya que la posibilidad de reentrenamiento es mayor que en los adultos como consecuencia de la mayor capacidad de reorganización funcional del cerebro dañado. El tratamiento debe ser individualizado, más intenso en las fases iniciales tras la recuperación del coma, incidiendo especialmente en el reentrenamiento de la atención, como base facilitadora de otras funciones cognitivas. Periódicamente se debe realizar evaluaciones para conocer la evolución y ajustar el programa.

Los profesores deben conocer las consecuencias que ha producido el TCE para llevar a cabo ajustes curriculares, pero no resulta suficiente; son necesarios especialistas de apoyo, sin olvidar el entorno familiar, el cual es un factor modulador de las alteraciones emocionales y un factor predictivo de la evolución de los procesos cognitivos.

REPERCUSIÓN E INSERCIÓN ESCOLAR DEL NIÑO CON TCE

Dr. F. Rodríguez Santos. Psicólogo. Profesor Asociado de la UAM. Orientador CPEERI

Dependiendo del grado de severidad del daño cerebral, los niños y adolescentes van a presentar una serie de necesidades educativas, que se recogen en el siguiente cuadro:

- Necesidad de un **sistema de comunicación** efectivo para el intercambio de información y expresión de sentimientos y deseos: lectoescrito, oral o aumentativo.
- Necesidad de **apoyo conductual** para mejorar la interacción y adaptación al contexto escolar.
- Necesidad de **apoyo emocional y afectivo** para ajustar su autoconcepto y mejorar el afrontamiento de sus discapacidades.
- Necesidad de **apoyos de movilidad** por el centro escolar y su entorno.
- Necesidad de apoyo para la **inserción y participación social** en actividades escolares y extraescolares.
- Necesidad de apoyo para **acceso a los contenidos curriculares** a través de la implantación de ayudas técnicas.
- Necesidad de **adecuaciones o adaptaciones curriculares** de acuerdo a sus necesidades educativas especiales.

En los niños con alteraciones del desarrollo se realiza un dictamen de escolarización y se deriva a centros escolares con apoyos o centros educativos especiales, de acuerdo con la opinión de un equipo de valoración. Sin embargo, la realidad puede ser bien distinta cuando se trata de niños que han sufrido un TCE, en los cuáles no siempre se hace una evaluación

neuropsicológica completa y la respuesta a sus necesidades educativas especiales recae mayoritariamente en su tutor.

Ha sido bien demostrada la eficacia de los programas de RHB sobre todo cuando se mantienen a largo plazo, se plantean de manera individualizada, siguen requerimientos metodológicos contrastados (tecnología cognitivo-conductual) y proporcionan apoyo familiar, contando con la colaboración entre la familia, la escuela y otros profesionales.

REPERCUSIÓN SOCIOFAMILIAR

Sra. R. Fernández. Jefe S^o Trabajo Social. Hospital San Juan de Dios. Barcelona

La familia es la Unidad básica de la sociedad: “ Marco natural de soporte emocional, económico y material, esencial para el crecimiento y desarrollo de sus miembros, en especial para los más vulnerables como son los niños, los ancianos, discapacitados y enfermos “ (ONU, 1994)

Cuando la enfermedad aparece en esta unidad conlleva una carga emocional importante que afecta a todos sus miembros. Más aún cuando aparece de forma inesperada como en el TCE o Daño Cerebral Adquirido (DCA), que provoca una crisis inmediata por la que se modifican las relaciones entre sus miembros, los roles que ejercían, la dinámica de relación establecida entre ellos, las expectativas, proyectos, unido a las pérdidas de carácter económico y laboral que se asocian al tener que dejar temporal o indefinidamente el *miembro cuidador* el trabajo que realizaba.

El efecto desestabilizador dependerá tanto de factores externos e internos relacionados con:

- diagnóstico y pronóstico de la situación
- familia en la que sucede: tipo de estructura familiar preexistente, momento del ciclo vital en que se encuentra, capacidad de respuesta, situación económica y laboral...
- marco social amplio: existencia de apoyo familiar, recursos comunitarios...

La conmoción y la esperanza son características durante la fase hospitalaria. Posteriormente los estadios de realidad, aceptación y ajuste se van produciendo.

Ya se ha dicho que el tratamiento debe ser multidisciplinar. Desde el punto de vista del trabajador social, la ayuda se debe enfocar a atender los factores sociosanitarios implicados en el proceso y a sostener afectiva y emocionalmente las diversas incidencias que a nivel sociofamiliar tienen las múltiples consecuencias del TCE. Se ha de colaborar con el equipo asistencial para que la familia se implique en el proceso de RHB, introduciendo ayudas que puedan facilitar la reestructuración familiar ante la nueva situación.



XI Jornadas de la SERI

IMPORTANCIA DE LAS ASOCIACIONES EN EL TCE

M D Jiménez Carrión. *Vicepresidenta de APANEFA*

Las Asociaciones son agrupaciones de personas que se unen y organizan en torno a un objetivo común que, en nuestro caso, es tener un familiar con DCA.

El movimiento asociativo surge como respuesta a la necesidad de afrontar problemas que demandan más recursos de los que se poseen y ante la carencia de soluciones por parte de la Administración.

¿Qué hacemos las Asociaciones de DCA?

- Intercambiar experiencias
- Trabajar en beneficio de las personas afectadas ofreciéndoles los servicios que ayuden a resolver sus problemas
- Concienciar a la Sociedad y a los Organismos Públicos sobre los problemas y demandas de nuestro colectivo

ApanefA se constituyó en 1994 y actualmente tenemos estructuradas nuestras actividades en tres programas de intervención:

1. Programa de Información, orientación y apoyo para padres y profesionales
2. Programa de Centro de Actividades y tratamientos.- que se desarrollan en varios servicios integrados entre sí: neuropsicología, logopedia, psicoterapia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicomotricidad, talleres, actividades de ocio, aula de informática, servicio de ayuda a domicilio, vacaciones, rehabilitación y orientación educativa, entre otros
3. Programa de Sensibilización y Prevención.- Sensibilización a la Administración y a la sociedad en general acerca de las posibilidades de recuperación cuando estos pacientes reciben una atención correcta y continuada. Prevención vial a través de charlas informativas a los escolares en colaboración con la Policía Municipal.

La asociación tiene además una publicación cuatrimestral y una página web. Queremos hacer posible el lema de nuestra Federación: “ que una vida salvada merezca la pena ser vivida” pero plenamente y con calidad.

COMUNICACIONES ORALES

EPIDEMIOLOGÍA Y VALORACIÓN FUNCIONAL DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO INFANTIL

Mozo Muriel A; García Báscones M; Cátedra Vallés E; Arroyo Riaño O; Beltrán Recio C.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Servicio de Rehabilitación

PREMIO A LA INTENSA PARTICIPACIÓN

Unidad de Parálisis Cerebral y Rehabilitación Infantil Hospital Universitario Vall d'Hebrón Barcelona:

- **PROBLEMAS PARA LA ALIMENTACION EN EL NIÑO**
T.Castellò Verdú, MA Cabezuelo Briones, A.Crespo Fresno, E. Olalla Hernando
- **DAÑO CEREBRAL SECUNDARIO A MALOSTRATOS INFANTILES**
Sánchez Raya J, Cabezuelo Briones MA, Castelló Verdú MT.
- **DAÑO CEREBRAL EN EL NIÑO SECUNDARIO A DROGODEPENDENCIA MATERNA**
Sánchez Raya J, Cabezuelo MA, Castelló T.
- **ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS COMO CAUSA DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO EN LA INFANCIA**
M.A. Cabezuelo Briones, M.M. Salvans Bartrons, A. Crespo Fresno, T. Castelló Verdú

PREMIO AL ENTUSIASMO

- **“DEL PASEO EN SILLA DE RUEDAS... AL PASEO EN BICICLETA, TRICICLO, TANDEM, CUATRICICLO... ADAPTADOS”**
Dr. Iñaki López Gutiérrez . APADIS. Villena (Alicante)

Hace ya ocho años que nos propusimos ofrecer a aquellos de nuestros alumnos gravemente afectados, la posibilidad de iniciar un *aprendizaje del pedaleo* para pasear en bicicleta.

Deseábamos que representara para ellos una actividad con la que disfrutar mejor y de forma más divertida de las posibilidades físicas del movimiento de su cuerpo, creando así una *situación nueva y atractiva*, que les





diera la posibilidad de descubrir un nuevo ámbito de relación con sus compañeros.

Fruto del trabajo de estos años surgió esta experiencia tan rica y también espectacular, cuál es ver pasar a los niños gravemente afectados por la parálisis cerebral, desde la inmovilidad de su silla de ruedas al *desplazamiento asistido o autónomo en una bicicleta, triciclo, tándem o cuatriciclo adaptados*, tal y como se relata en esta comunicación.

Deseo igualmente que esta exposición sirva de ánimo y estímulo para que otras personas con iguales o similares alteraciones en su motricidad y autonomía, puedan utilizar también el paseo en bicicleta y disfrutar así de una experiencia tan agradable y enriquecedora en sí misma.

PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN ORAL

EMPLEO DE TOXINA BOTULÍNICA EN LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES CON SECUELAS DE PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA. NUESTRA EXPERIENCIA

Martín-Fuentes A, Ortiz A, García Aymerich V, Grao C.
Unidad de Rehabilitación Infantil del Hospital La Fe de Valencia

INTRODUCCION

La parálisis braquial obstétrica (PBO) presenta una incidencia de 0,6 a 2,5/1000 nacidos vivos. La recuperación completa espontánea está en torno al 75% de los casos. Sin embargo entre el 3-16% continúan afectados tras los primeros 3-4 meses, presentando limitaciones funcionales que pueden condicionar su vida futura.

La aparición, con la reinervación espontánea o postquirúrgica, de cocontracciones musculares atribuidas a regeneración aberrante de las vías, es una de las causas del fracaso de la recu-

peración funcional. La toxina botulínica parece ser un tratamiento complementario eficaz para revertir temporalmente las cocontracciones musculares aparecidas en la PBO y mejorar la funcionalidad del miembro afectado.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron retrospectivamente los 8 pacientes que han sido tratados con toxina botulínica durante el año 2005 para intentar revertir las cocontracciones musculares que todos presentaron durante su evolución en el miembro afectado.

RESULTADOS

La muestra consta de 5 niñas y 3 niños, (mediana=2,2 años). Todos presentaron al nacimiento un cuadro de PBO, 4 izquierdo, 3 derecha; una bilateral. Electromiográficamente predominaba la afectación alta del plexo, C5-C6 en 5 casos. Sólo una preganglionar. Todos fueron tratados con toxina botulínica una vez. Media=1,5 puntos infiltrados/sesión. La infiltración se realizó a una mediana=1,24 años. Dosis empleada 5 UI/kg de peso por músculo infiltrado. Se realizó exploración física previa a la infiltración, y posteriormente a los 4 meses como media. Tras el tratamiento, se observó un incremento de la funcionalidad y el recorrido articular según el test de Mallet, de la primera a la segunda exploración recogida.



PÓSTERES

• SÍNDROME DE BANDAS AMNIÓTICAS COMO CAUSA DE DISCAPACIDAD INFANTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Mercedes Martínez Moreno, Susana Moraleda Pérez, Adoración Villanueva Santamaria
Servicio de Rehabilitación. Hospital La Paz. Madrid

• FIBROSIS GLÚTEA BILATERAL: A propósito de un caso

Nora Cívicos Sánchez, M^a J. Muñoz Garnica, L. Vadillo Jáuregui, M^a J. Aguirre Pérez, M^a C. Percz Bados
Servicio de Rehabilitación Hospital de Basurto. Bilbao

• Distrofia muscular tipo Emery Dreifuss por déficit de lamina. A propósito de un caso clínico

Martín-Fuentes A, Elia J, López A, García Aymerich V.
Unidad de Rehabilitación Infantil del Hospital La Fe de Valencia



- **SÍNDROME DEL MAULLIDO DEL GATO. TIPO DE HERENCIA INFRECUENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO**

Elia J, Martín-Fuentes A, López A, Roselló M*, Orellana C*
*Unidad de Rehabilitación Infantil del Hospital La Fe de Valencia. *Unidad de Genética del Hospital La Fe de Valencia.*

- **REHABILITACIÓN DE TCE SEVERO PEDIÁTRICO**

David Jiménez García, Carmen López Zarzuela, Macarena Díaz Jiménez, Gonzalo García Serrano, Ana Belén Puentes.
Hospital Virgen de la Salud de Toledo

- **“SUBLUXACIÓN ATLOAXOIDEA NO TRAUMÁTICA: SÍNDROME DE GRISEL. PRESENTACIÓN DE UN CASO”**

A. Melián Suarez, I. Santana Casiano, N. Gutiérrez Medina
Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación

diversa procedencia, como causa más frecuente de isquemia periférica en los niños.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un niño que ingresa a los 9 meses en UCIP presentando sepsis grave por neumococo con afectación meníngea acompañado de CID y púrpura fulminans severa que ocasionó lesiones necróticas extensas en MMII y MSD. Una vez estabilizado, fue trasladado al Hospital La Paz para tratamiento de las mismas. Se detectó además mediante ecografía abdominal un situ ambiguo con isomerismo izquierdo y poliesplenia. Desde marzo hasta octubre del 99 (15 meses) se realizan amputaciones de falanges distales de 2º, 4º y 5º dedos mano derecha así como amputaciones sucesivas y remodelaciones posteriores de ambos MMII a nivel infracondíleo. Se inicia el proceso de protetización provisional en agosto 99, consiguiendo una marcha independiente a los 22 meses. Actualmente, el paciente (7'5 años) realiza marcha independiente sin bastones, con leve aumento de lordosis lumbar (por lo que ha estado en tratamiento durante el último año), sube y baja escaleras, es capaz de levantarse del suelo sin superficie de apoyo y lleva una vida de relación absolutamente normal, con respecto a niños de su misma edad. Actualmente, es portador de unas prótesis definitivas tipo 3S con pie articulado.

DISCUSIÓN y CONCLUSIONES:

- La protetización precoz permite el mantenimiento y correcto desarrollo del esquema corporal del niño, facilitando la estática correcta y la posibilidad de iniciar la marcha a edad normal
- Una correcta protetización junto con un intenso programa de rehabilitación adecuado a cada caso, permiten al paciente una integración completa que le permita una correcta capacidad de relación y autonomía
- Se trata de un tratamiento multidisciplinar donde la familia juega un papel fundamental
- Se debe definir los objetivos a conseguir en todo plan de protetización.



PREMIO AL MEJOR PÓSTER

DOBLE AMPUTACIÓN INFANTIL. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Valenzuela Ortiz, C. López Zarzuela, M. Díaz Jiménez,
C. López Cabarcos, G. García Serrano
Hospital La Paz. Madrid

Diversas causas explican la amputación en niños, el origen congénito, traumático u oncológico, siendo mucho más raras las amputaciones de origen vascular (paradójicamente las más frecuentes en edad adulta). Dentro del origen vascular podemos encontrar la Coagulación Intravascular Diseminada (CID), de

Desde la Junta, nuestra felicitación a los premiados
y nuestro agradecimiento a todos los participantes a los que animamos
a repetir de nuevo en las próximas ediciones.

Una información más amplia de las ponencias y comunicaciones puede consultarse en www.seri.es

SERVICIOS SANITARIOS Y ATENCIÓN TEMPRANA

Dra. Marisa Poch i Olivé

Facultativo Especialista de Área de Pediatría
Hospital San Millán. Organismo Riojano de Salud

INTRODUCCIÓN

Haciendo un pequeño recuerdo histórico hay que señalar el papel que los Hospitales jugaron en los inicios de la llamada “Estimulación Precoz” en nuestro país ya que uno de los primeros servicios se puso en marcha en un Hospital, la Maternidad de Santa Cristina, en 1974, donde se atendía fundamentalmente a niños prematuros y de bajo peso de la Unidad Neonatal. Posteriormente se fueron creando Unidades en otros Hospitales generalmente ligados a la Rehabilitación, Neonatología y Pediatría. Durante mucho tiempo se consideró al Hospital y a los Servicios de Rehabilitación como los únicos agentes responsables de las actuaciones dirigidas a los niños con trastornos de desarrollo. Posteriormente dichas actuaciones se fueron ampliando a otros ámbitos como los Servicios Sociales y Educación, ya que el concepto de “Estimulación Precoz” ha ido cambiando con el tiempo hacia una atención más integral que tiene en cuenta al niño, su familia y entorno, denominando actualmente a todo el conjunto de actuaciones que se realizan “Atención Temprana” (AT). Esta Atención se define según el Libro Blanco como “*el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen como objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades, transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlas* “. Esto implica un modelo de atención global e interdisciplinar, que tenga en cuenta el momento evolutivo y las necesidades de cada niño en todos los ámbitos: biológico, psicológico, educativo y social.

Teniendo en cuenta este concepto, la Atención Temprana, la actividad no puede quedar restringida a unas actuaciones concretas en el hospital, sino que debe formar parte de un proceso integral que tiene como fin el desarrollo armónico de los niños integrados en su entorno, proceso en el que intervienen los Servicios Sanitarios, Sociales y Educativos de forma coordinada. Si nos ceñimos al ámbito sanitario, no son tan sólo los Hospitales los que ejercen actividad en torno a la Atención Temprana sino el resto de instituciones y estructuras sanitarias como la Atención Primaria y los servicios de Salud Comunitaria.

ACTUACIONES GENERALES

Los Servicios de Salud desarrollan una serie de actuaciones generales en el campo de la prevención, detección, diagnóstico e intervención:

- A nivel primario, mediante medidas de carácter general que promueven el bienestar del niño y la familia como los programas de planificación familiar, atención al embarazo, control del niño sano, detección de metabolopatías, vacunaciones, prevención de factores de riesgo, detección de la hipoacusia, etc. para evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de trastornos en el desarrollo. Los agentes sobre los que recaen estas actuaciones son los Servicios de Salud Comunitaria, Atención Primaria, Servicios de Obstetricia y Pediatría fundamentalmente.
- A nivel secundario, mediante acciones que permiten la detección y el diagnóstico precoz de las enfermedades, trastornos o situaciones de riesgo a través de programas de seguimiento de niños con alto riesgo y los programas de prevención de complicaciones de los niños que presentan patología establecida. Estas actuaciones no se ciñen tan sólo al niño con problemas, la prevención secundaria debe iniciarse en la etapa prenatal por parte de profesionales sanitarios como Obstetras, Matronas, Genetistas, Pediatras, Bioquímicos, etc. en coordinación con profesionales del ámbito psicosocial. Una vez nacido el niño, los Servicios de Neonatología son los responsables. En la etapa postnatal el equipo de Pediatría de Atención Primaria es el que mejor puede detectar mediante los programas de control del niño sano y de seguimiento. Las Unidades de Seguimiento del desarrollo se encuadran en este nivel de prevención, tienen como fin primordial realizar un control del curso del desarrollo neurológico, psicológico y social de todos los niños que han presentado situaciones de riesgo biológico o psicosocial en el periodo pre-peri o postnatal, lo que permite detectar precozmente posibles anomalías en el caso de los niños de riesgo e intervenir de forma temprana
- A nivel terciario, actuaciones dirigidas a remediar problemas de desarrollo ya establecidos mediante la correcta asistencia clínica, orientación y coordinación



Colaboraciones

entre los distintos profesionales. Participan en este nivel los Pediatras, Neuropediatras, Rehabilitadores, Fisioterapeutas, Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadores sociales y todos aquellos profesionales sanitarios que intervienen tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, por ejemplo, Oftalmólogos, Cirujanos Ortopédicos, Otorrinolaringólogos, etc.

ACTUACIONES ESPECIALES:

Son varias las especialidades sanitarias que intervienen en la Atención Temprana, algunas lo han hecho desde los primeros “pasos” en nuestro país y tienen unas actuaciones más prolongadas, otras participan en algún momento de la vida del niño, todas tienen su importancia ya sea en la prevención, detección, diagnóstico e intervención. Es muy importante la coordinación entre los distintos especialistas y que exista una persona que sea referente para la familia que aglutine las informaciones y vaya acompañando el proceso.

A continuación se citan varios Servicios Sanitarios, se podría decir que “por orden de aparición” en la vida del niño:

- **Servicios de Obstetricia:** tienen una importante labor preventiva primaria que deben llevar a cabo mediante la detección de factores de riesgo previos al embarazo, la atención al embarazo de alto riesgo, la información que se imparte en la preparación al parto, la divulgación de programas de prevención y la atención al parto en las mejores condiciones.
- **Servicios de Neonatología:** estos Servicios reciben a los niños con riesgo o con patología al nacimiento, realizan una importante labor de prevención primaria al evitar con sus actuaciones la aparición de deficiencias y de prevención secundaria mediante la detección y diagnóstico precoces. También se realiza prevención terciaria en cuanto al diagnóstico, tratamiento y recuperación del recién nacido enfermo. Lo ideal es que en estas Unidades se lleven a cabo un conjunto de actuaciones de profesionales sanitarios y no sanitarios trabajando coordinadamente entre ellos y junto con la familia. La atención a la familia en las Unidades Neonatales es tan importante como la atención al recién nacido. Una vez dado de alta de la Unidad es indispensable una coordinación con el resto de servicios que atenderán en un futuro a ese niño.
- **Unidades de seguimiento:** Los servicios sanitarios deben instrumentar programas específicos de seguimiento a fin de garantizar la detección temprana de los posibles trastornos en la población de niños de riesgo. La derivación de los niños se rea-

liza fundamentalmente desde las Unidades Neonatales donde se captan los niños con factores de riesgo prenatal y perinatal. El grupo de niños con circunstancias de riesgo postnatales es captado en centros de atención al niño como la Pediatría de Atención Primaria, los centros de hospitalización de lactantes, guarderías y escuelas infantiles, trabajadores sociales, etc.¹

Es aconsejable que dichas unidades estén conformadas por profesionales de distintas disciplinas con experiencia en desarrollo infantil y que el lugar donde se lleve a cabo aglutine a los distintos especialistas para facilitar a las familias el cumplimiento. El programa de seguimiento se debe realizar de forma protocolizada utilizando metodología que permita valorar el desarrollo en todas sus áreas y las necesidades de cada familia. Debe darse información continuada a los padres y las orientaciones que precisen, haciéndoles partícipes de las decisiones que afecten al desarrollo de su hijo.

Todas estas actuaciones se encuadran en la prevención secundaria ya que se realiza detección y diagnóstico precoces. Estas Unidades también realizan prevención primaria mediante la participación en programas de sensibilización, prevención e información a profesionales y familias.

- **Pediatría de Atención Primaria:** Los profesionales que componen el Equipo de Pediatría son fundamentales ya que intervienen en todos los niveles de la Atención Temprana. La Pediatría se halla en situación privilegiada ya que es un punto de referencia para las familias y tiene más facilidad para detectar situaciones de riesgo postnatales. Desarrolla actuaciones de prevención primaria por su labor sanitaria directa por medio de los controles de Salud y por su condición de consultores y educadores de las familias en actitudes preventivas respecto a los trastornos del desarrollo infantil, prevención de accidentes, etc. También constituye el nivel esencial de la detección y adecuada derivación de los niños hacia los centros de diagnóstico, seguimiento e intervención.
- **Servicios de Neuropediatría:** intervienen en el diagnóstico y atención terapéutica de los recién naci-

¹ El recién nacido de riesgo es aquél que, como consecuencia de sus antecedentes durante el embarazo y/o parto, tiene más posibilidades de presentar problemas de desarrollo en los primeros años de vida, ya sean cognitivos, motores, sensoriales o de comportamiento, pudiendo ser transitorios o definitivos. El concepto de riesgo debe ser ampliado al periodo postnatal y del lactante. (Libro Blanco de la Atención Temprana). Los criterios de riesgo se describen en un anexo de dicho Libro.



dos en las Unidades Neonatales, participación directa de los programas de seguimiento e intervención directa en los Centros de Desarrollo y Atención Temprana. El neuropediatra establece el diagnóstico funcional, sindrómico y etiológico de los niños con trastornos en su desarrollo y tiene fácil acceso a los exámenes complementarios desde el medio hospitalario. Es muy importante el flujo de información entre el neuropediatra, los distintos servicios sanitarios hospitalarios y de atención primaria y los profesionales del ámbito psicosocial y educativo.

- **Servicios de Rehabilitación Infantil:** intervienen en la prevención, diagnóstico y en la actuación directa tanto terapéutica como de integración al entorno donde se desarrolla el niño y su familia. La actuación puede hacerse en los centros sanitarios y en los centros de desarrollo y atención temprana, es importante la atención asistencial mediante fisioterapia y medios ortoprotésicos que previenen problemas posteriores de desarrollo así como la prestación de ayudas técnicas alternativas y aumentativas. Al igual que en las especialidades anteriores es muy importante el flujo de información entre el Rehabilitador, el Fisioterapeuta y los distintos servicios sanitarios y los profesionales del ámbito psicosocial y educativo.

La intervención fisioterápica tiene tres posibles vertientes:

- El tratamiento directo sobre el niño mediante herramientas metodológicas variadas teniendo unos objetivos cuanti y cualitativos del desarrollo del niño.
- El seguimiento del desarrollo.
- La atención domiciliaria.

En cualquiera de las tres vertientes la familia desempeña un papel primordial en la consecución de los objetivos planteados, por lo que es esencial conseguir una colaboración profesional-familia.

- **Servicios de Salud Mental:** Sus actuaciones se encuadran en la prevención primaria y secundaria por la detección de factores de riesgo y la participación en programas de salud mental, prevención e información así como a nivel terciario mediante el diagnóstico y terapéutica directa con el niño de forma individual y en grupo y la atención de la familia. Es muy importante la labor en equipo y el flujo de información entre Salud Mental, Pediatría, Neonatología, Neuropediatría, Rehabilitación, Servicios Sociales y Educativos.
- **Otras especialidades médicas:** Aunque tradicionalmente no se les ha dado importancia en la

Atención Temprana, existen otras especialidades que intervienen fundamentalmente en el diagnóstico y en la terapéutica sin olvidar la labor de detección que pueden ejercer en su actividad asistencial. Cabe señalar especialidades como oftalmología, otorrinolaringología, traumatología y ortopedia, electrofisiología, radiología, genética, bioquímica, etc. que deben estar coordinadas con los especialistas anteriormente citados para una mejor atención al niño.

RECOMENDACIONES:

Es importante que cualquier profesional sanitario, independientemente de su especialidad ponga en práctica unos objetivos generales de la Atención Temprana que se describen en el libro de Recomendaciones Técnicas como son apoyar y promover el desarrollo personal y la autonomía cotidiana teniendo en cuenta los procesos madurativos y la realidad biológica de cada niño, fortalecer las capacidades y competencias de la familia y los cuidadores y asegurar el principio de normalización e integración en el entorno social ordinario

Estos objetivos se deben poner en marcha no sólo atendiendo al niño como sujeto pasivo, como clásicamente se hacía, sino ampliando la acción hacia la familia y el entorno.

Las acciones en relación al niño deben incluir la valoración e intervención multidimensional e interdisciplinar, aplicando técnicas que mejoren los aspectos emocionales, cognitivos, motores, comunicativos y psicológicos del desarrollo y prescribiendo las ayudas técnicas necesarias para el desarrollo de la autonomía. Todas estas acciones deben ser personalizadas, adaptando programas generales a las necesidades concretas de cada niño.

Con relación a la familia es importante tener en cuenta su participación en la toma de decisiones, dar el apoyo emocional, social y la información necesaria para que comprendan el problema de su hijo y puedan llevar a cabo los programas, acompañamiento durante todo el proceso por una persona que sea el referente para ellos, apoyarles en la reorganización del conjunto de actividades familiares y sociales y orientarles sobre otros apoyos económicos, sanitarios, educativos y sociales, informarles sobre asociaciones y grupos de apoyo, etc.

Respecto al entorno se deben analizar los contextos e itinerarios previsibles para facilitar las condiciones de vida cotidiana y eliminar barreras, apoyar la coordinación de los entornos institucionales y extender redes de apoyo social y de autoayuda, participar en la formación de voluntariado y profesionales de las distintas áreas para el conocimiento de los trastornos del desarrollo y



colaborar en la elaboración, desarrollo y evaluación de programas comunitarios de prevención.

BIBLIOGRAFÍA

- Arizcun J, Guerra R, Valle M (1994) : "Programa de control prospectivo de poblaciones de alto riesgo de deficiencias" *Anales Españoles de Pediatría* sup 63: 26-32
- American academy of Pediatrics. Committee on Children with Disabilities, (2001) Control y pruebas de detección del desarrollo en lactantes y niños pequeños *Pediatrics* (ed. esp.) 52 (1) : 41-45
- Blackman J, Lindgreen S, Hein H, Harper D. (1987) Long term surveillance of high-risk children . *Am J Dis Child* 141: 1293-1299
- Bugí C. (1998) Atenció Precoç . *Revista de Ciències Socials de la Diputació de Barcelona* 13:72-77
- Bugí C. (2002) Centros de desarrollo infantil y atención Temprana" *Revista de Neurología*, 34 (supl): 143-148.
- Carranza S., Fernández FJ, Gavilán A, Jodar A., Murcia L, Seimitiel B. Yagüe R (2003) Modelo de Intervención Interdisciplinar. La actuación del fisioterapeuta. *Revista de Atención temprana* VI (2) : 99-104
- Dalla Piazza S. (1997) *L'enfant prématuré: le point sur la question*. De Boeck Université. Bruxelles
- Doyle L . (2001) Victorian Infant Collaborative Study Group . Outcome at 5 years of age of children 23 to 27 weeks' gestation: refining the prognosis. *Pediatrics* 108 (1):134-140
- Galán MJ, Aldana M, Fuentes M, Dela Torre M, Jurado S, Poch ML (1995) El niño de riesgo neuropsicológico" *Bol. Soc. Pediatría Aragón-Rioja-Soria* (25): 166-171.
- García Sanchez FA, Caballero PA (1998) : "Valoración de la necesidad de extensión de los servicios de Atención Temprana al ámbito hospitalario" *Anales de Pedagogía* 16: 249-268
- García Tornel S. Pediatría del desarrollo: Nuevas estrategias para el diagnóstico precoz de sus trastornos *Act Ped Esp* 1997; 55: 51-55
- Grupo Helios II:(1996) *La buena práctica en rehabilitación funcional. Prevención, detección temprana, intervención e integración*.
- Meisels SJ, Shonkoff JP. (1997) *Handbook of early childhood intervention* Cambridge University Press
- Mendieta P, García Sánchez FA (1998) Modelo integral de intervención en Atención Temprana: organización y coordinación de servicios *Siglo Cero* 29(4): 11-22
- Milla-Romero MG. Mulas F. (2002) Diagnóstico interdisciplinar en Atención Temprana. *Revista de Neurología*; 34(sup) :139-143.
- Milla-Romero MG (1999) Propuesta para la calidad de los servicios de Atención Temprana. *Revista de Atención Temprana ATEM*; 2:95-100
- Poch M.L. (2003) Ambito sanitario en Atención Temprana. *Minusval sup. esp. de AT* Marzo 2003.
- Ramos I, Marquez A, Lluch MD (1992) Control psico-neuroevolutivo de recién nacidos de alto riesgo *An Esp Pediatr* 35: 313-318
- Sastre S, Poch ML (2001) Prevención e intervención en el desarrollo cognitivo Temprano *Revista de Salud y Servicios Sociales* 64:9-11.
- Soriano V (1999) *Intervención temprana en europa. Tendencias en 17 países europeos*. Agencia Europea para el Desarrollo y la Educación Especial.
- Valle Trapero M. (1999) La función de la familia en el niño hospitalizado. *Rev Latinoamer. Neonatol* 1:111-113.
- VVAA (1999) *L'atenció precoç a Catalunya* Document del Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya.
- VVAA (2000) *Libro blanco de la Atención Temprana* Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Doc 55/2000.
- VVAA (2005) Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.

Premio Reina Sofía 2005 de Rehabilitación y de Integración

UNIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA
Y REHABILITACIÓN INFANTIL

Complejo Hospitalario JUAN CANALEJO (A CORUÑA)



Equipo multidisciplinar de la Unidad

El motivo principal de este trabajo es dar a conocer un Modelo Preventivo Asistencial –**el modelo Gallego**– para la atención a la población infantil con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos (riesgo bio-psico-social).

Supone un Proyecto de COORDINACIÓN de Servicios Socio-Sanitarios-Educativos iniciado en 1979. Su equipo ha ido ampliándose y consta de profesionales de diferentes disciplinas: médicos rehabilitadores, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, terapeutas de estimulación precoz, psicomotricista, maestra, auxiliar de enfermería y auxiliar administrativa. Desarrollan un amplio número de programas de atención global al niño, a la familia y al entorno, dirigidos por el Dr. Francisco Javier Cairo Antelo.

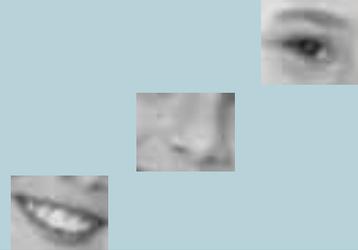


CARTA DEL PRESIDENTE DE LA SERMEF

Quiero manifestar mi felicitación a la SERI por el galardón que ha recibido la Unidad de Atención Temprana y Rehabilitación Infantil del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo de La Coruña y personalizado en el Dr. F. Javier Cairo Antelo. Un fuerte abrazo.

Avelino Ferrero Méndez

Próximas JORNADAS



XII JORNADAS CIENTÍFICAS DE LA SERI ORTESIS Y AYUDAS TÉCNICAS en RHB INFANTIL

Granada 23 y 24 de Marzo de 2007



Organiza:

Unidad de RHB Infantil y Atención Temprana.
Departamento de RHB. Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Resúmenes de comunicaciones y pósteres:

antes del 10 de Marzo de 2007 a la Secretaría Técnica de las Jornadas:
congresosgranada@viajeseci.es