

# 3

## COMPONENTES

### Descripción general

<b>QUÉ</b>	<b>1. PROMOCIÓN DE VÍNCULOS DE APEGO ADECUADOS EN LAS RELACIONES MADRE O PERSONA CUIDADORA ESTABLE – HIJO</b>
<b>QUIÉN</b>	Profesionales del SSPA/ Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT)/ Servicios Sociales Comunitarios (SS SS CC)/ Equipos de Tratamiento Familiar (ETF).
<b>CUÁNDO</b>	Embarazo, nacimiento y a lo largo del periodo de desarrollo.
<b>DÓNDE</b>	Centro de salud/ Hospital/ Servicios Sociales Comunitarios/ CAIT.
<b>CÓMO</b>	Educación Maternal. Cumplimiento normativa vigente (Decreto 101/1995, de 18 de abril, por el que se determina los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso de nacimiento). Protocolos Específicos.

<b>QUÉ</b>	<b>2. DETECCIÓN E INTERVENCIÓN SOBRE FAMILIAS CON FACTORES DE RIESGO SOCIAL QUE PUEDAN INFLUIR EN EL DESARROLLO</b>
<b>QUIÉN</b>	Profesionales del SSPA/ Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT)/ Centros de Educación Infantil/ Servicios Sociales Comunitarios (SS CC), familia.
<b>CUÁNDO</b>	En cualquier contacto con el niño y su familia.
<b>DÓNDE</b>	Hospital/ Centro de Salud/ Centro de Educación Infantil/ CAIT/ Colegio/ Centros de Servicios Sociales Comunitarios/ Domicilio.
<b>CÓMO</b>	Protocolos establecidos. Entrevista. Observación directa. Visitas a domicilio.

<b>QUÉ</b>	<b>3. DETECCIÓN FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO Y SEÑALES DE ALERTA EN PERIODO NEONATAL</b>
<b>QUIÉN</b>	Neonatólogo/ Pediatra de la Unidad de Neuropediatría/ Pediatra/ Médico de Familia/ Enfermera/ Psicólogo/ Profesionales de los Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT)/ Centros de Educación Infantil/ Familia.
<b>CUÁNDO</b>	Periodo perinatal y a lo largo del desarrollo del niño/a.
<b>DÓNDE</b>	Hospital/ Centro de Salud/ CAIT/ Centros de Educación Infantil.
<b>CÓMO</b>	Anamnesis/ Escalas de valoración del desarrollo/Cuestionarios Específicos/Exploración sistematizada/Observación.

<b>QUÉ</b>	<b>4. GESTIÓN DE CITA PARA CAIT Y OTRAS ESPECIALIDADES</b>
<b>QUIÉN</b>	Profesionales del SSPA.
<b>CUÁNDO</b>	Ante la detección de un trastorno de desarrollo o riesgo de padecerlo.
<b>DÓNDE</b>	Hospitales y Centros de Salud.
<b>CÓMO</b>	Manual de procedimientos de atención al usuario.

<b>QUÉ</b>	<b>5. INTERVENCIÓN NEONATAL EN R.N. CON FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO Y SEÑALES DE ALERTA</b>
------------	--

<b>QUIÉN</b>	Pediatra perteneciente a la Unidad de Neuropediatría/ Neonatólogo/ Enfermera/ Psicólogo.
<b>CUÁNDO</b>	Tras detección activa de riesgos.
<b>DÓNDE</b>	Hospital.
<b>CÓMO</b>	Protocolos específicos.

<b>QUÉ</b>	<b>6. INTERVENCIÓN EN NIÑOS/AS CON LESIÓN ESTABLECIDA O CON RIESGO DE PADECERLA</b>
------------	---

<b>QUIÉN</b>	Pediatra perteneciente a la Unidad de Neuropediatría/ Neonatólogo/ Pediatra/ Médico de Familia/ Enfermera/ Psicólogo/ Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT)/ Centros de Educación Infantil, Servicios Sociales Comunitarios (SS SS CC).
<b>CUÁNDO</b>	Tras detectar señales de alerta o alteraciones del desarrollo.
<b>DÓNDE</b>	Centros de salud/ Hospitales/ CAITS/ Domicilio familiar/ Centros educativos.
<b>CÓMO</b>	Protocolos Específicos/ PAC

<b>QUÉ</b>	<b>7. INTERVENCIÓN EN CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA</b>
------------	---

<b>QUIÉN</b>	Profesionales del CAIT.
<b>CUÁNDO</b>	Tras derivación.
<b>DÓNDE</b>	En CAIT/ Entorno.
<b>CÓMO</b>	Protocolos Específicos.



## Profesionales. Actividades. Características de calidad

### Profesionales del SSPA, Centros de Atención Infantil Temprana (CAITs), los Servicios Sociales Comunitarios (SS SS CC), y E.T.F.

Actividades	Características de calidad
<p>1º</p> <p>Promoción de Vínculos de Apego adecuados en las relaciones madre o persona cuidadora estable – hijo</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Las actividades realizadas por los y las profesionales tendrán como ejes fundamentales de actuación:<ul style="list-style-type: none"><li>• Captación activa de todas las embarazadas para una adecuada Educación Maternal.</li><li>• Formación en lactancia materna (ver Anexo 2) de todos los profesionales sanitarios en contacto con la embarazada, incidiendo en la importancia del valor de la flexibilidad y adaptación de las recomendaciones al binomio madre-hijo.</li><li>• Diseño de estrategias para cumplir la iniciativa Hospital Amigo de los Niños de la OMS y UNICEF (Anexo 3).</li><li>• Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad.</li><li>• Decreto 101/1995, de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso de nacimiento (BOJA núm. 72 de 17/05/1995).</li><li>• Resolución de 20 de diciembre de 2007, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica el Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para desarrollar las recomendaciones establecidas en la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. (BOE núm. 18 de 21/01/2008).</li></ul></li><li>2. En todos los embarazos se cumplirán las normas de Calidad del Proceso Asistencial de Embarazo, Parto y Puerperio<sup>5</sup> por parte de todos los profesionales implicados, haciendo además especial hincapié en la promoción del vínculo a través de las siguientes actividades generales, siempre que la situación clínica lo permita:</li></ol>

- Aceptación del embarazo.
  - Promoción de la lactancia materna.
  - Involucrar a la pareja.
  - Contacto piel a piel colocando al bebé sobre el pecho de la madre tras el parto.
  - Inicio precoz de la lactancia materna.
3. Tras la confirmación del embarazo de riesgo se realizarán, además, las siguientes actividades:
- Se informará, de manera continuada, acerca de los factores de riesgo y sus probables consecuencias sobre el pronóstico materno-fetal, así como del desarrollo del embarazo y posibles peculiaridades del parto y periodo neonatal.
  - Se ofrecerá apoyo emocional y recursos a la mujer/ pareja/ familia para afrontar la existencia de factores de riesgo asociados.
  - Se aportará información sobre el marco jurídico ante la toma de decisiones.
4. Durante el ingreso en la Unidad Neonatal:
- Fomentar el contacto físico entre madre/padre y bebé.
  - Formar a los padres como cuidadores principales de su hijo.
  - Establecimiento del Programa Cuidados Canguro siempre que no esté contraindicado.
  - Fomentar la lactancia materna estableciendo las medidas adecuadas para poderla realizar en una Unidad Neonatal (estructurales, equipamiento, formación profesionales, flexibilidad horaria, etc.). Informar sobre la existencia de Asociaciones de ayuda a la lactancia materna.
  - Favorecer el alojamiento de los progenitores durante el ingreso en un entorno lo más cercano al mismo.
  - Se ofrecerá apoyo especializado para el afrontamiento del duelo en las situaciones que lo requieran (Anexo 4). Cada pareja sufre este proceso de manera diferente y debe ser tenido en cuenta por los profesionales que los atienden.
  - Prestar especial atención a los hermanos. Es necesario orientar a los padres en su situación anímica ya que repercute en la interacción con sus otros hijos. Es importante la labor que puede hacer la familia extensa, en este caso los abuelos. Se debe realizar una intervención adecuada ya que suelen pasar

por las mismas fases y se ha de conseguir implicar de manera constructiva.

- Solicitud para el reconocimiento de la situación de dependencia en menores de 1.500 gramos.

5. A lo largo del periodo de desarrollo, se recomendará que los profesionales apoyen e informen a la familia sobre la necesidad de favorecer el vínculo<sup>6</sup> a través de las siguientes intervenciones:

- Implicar al padre en los cuidados.
- Hacer partícipe a los hermanos/as en las tareas de cuidados del bebé.
- Fomentar las relaciones del menor con la familia extensa (abuelos, primos...)
- Hablarle en tonos variados y agradables, cogerlo, besarle, abrazarlo, masajearlo tras el baño.
- Ponerle música no muy alta y relajante.
- Jugar con él, dedicarle tiempo a observarlo, entenderlo, y responderle afectivamente.
- Paseos diarios.
- No fumar cuando se le tiene en brazos o está en la misma habitación.
- No exponerlo a ambientes de alcohol u otras drogas.
- Evitar tensiones y discusiones agresivas en su presencia.

6. Dependiendo de los recursos disponibles, se derivará a las madres o personas cuidadoras estables que presenten dificultad para mantener y fomentar este vínculo a Programas de Apoyo al Vínculo Afectivo que esté desarrollando el movimiento asociativo.

**Profesionales del SSPA/ Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT)/ Centros de Educación Infantil/ Servicios Sociales Comunitarios (SS SS CC)/ Familia.**

**Actividades**

**Características de calidad**

2º

Detección e intervención sobre familias con facto-

1. Detección

- Se cumplimentará la Historia Clínica (Salud) y la Historia de Atención Temprana (CAIT) recogiendo aquellos factores de riesgo social contemplados en los Ejes II y III de la ODAT<sup>4</sup> (Anexo 1).

res de Riesgo Social que puedan influir en el desarrollo

- Se aprovechará cualquier contacto con la familia por los diferentes profesionales de niveles y sectores para realizar una captación activa de la población con factores de riesgo social incluidos en los Ejes II y III de la ODAT<sup>4</sup>.
  - Para favorecer su detección se propone la utilización de encuestas observacionales (Anexo 5) en el RN ingresado en Unidad Neonatal y se incluirá una hoja específica de riesgo social en el área maternal y pediátrica.
2. 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.
  3. Intervención.
    - Intervenciones del trabajador social sobre personas con factores de riesgo social:
      - o Entrevista con la familia donde se cumplimentará la Historia Social (ver Anexo 6).
      - o Valoración social donde se detectan necesidades del niño y las fortalezas y dificultades de la familia para cubrirlas. Se aplicará escala de valoración social APGAR Familiar (Anexo 7).
      - o Plan de actuación con la familia:
        - 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 Trabajador/a Social en coordinación con la Enfermera referente del niño y/o la 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:
        - Servicios de Salud (Hospital, AP, 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.

4. Plan de actuación por parte de los profesionales tras ingreso en centro hospitalario, sobre menores en una posible situación de desamparo al nacimiento o en ingreso por oficio del Servicio de Protección de Menores\*, decisión de la madre de dar el recién nacido en adopción o detección por parte de los profesionales:
  - Interconsulta inmediata a la Unidad de Trabajo Social.
  - En los casos de sospecha de maltrato, cursar la Hoja de Detección y Notificación de Maltrato Infantil<sup>7</sup> (Anexo 8).
  - Valoración médica, de enfermería y social de la situación del menor.
  - Información a la familia de la obligatoriedad por parte de los profesionales de comunicar la situación al Servicio de Protección de Menores.
  - Coordinación con los Servicios de la Comunidad.
  - Informe social, médico y de enfermería al Servicio de Protección de Menores.
  - 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 Subdirecciones 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.
  - Si no se produce la Resolución de Desamparo, el alta de la Unidad Neonatal se realizará, como en cualquier otro niño 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.
  - Se adjuntará Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería, tras la realización del Plan de Cuidados Individualizado.
  - Se establecerá el Plan de Atención Compartida (PAC) por el Equipo de Orientación Terapéutica (EOT).
  
5. En los casos en los que sea necesario, por detección de factores de riesgo social, garantizar la atención sanitaria (vacunas, programas de salud infantil...), en el EOT estarán presentes T. Social y Enfermera Gestora de Casos de atención hospitalaria (AH) y AP.

\* Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor

El EOT tendrá la función de establecer y supervisar el cumplimiento del 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.
- 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 AP.
- Ambos profesionales realizarán la visita puerperal en el domicilio.
- Solicitud para el reconocimiento de la situación de dependencia, cuando sea pertinente.
- El T. Social establecerá la coordinación con los Servicios Sociales Comunitarios y los Equipos de Tratamiento Familiar.
- El pediatra de AP decidirá la derivación al CAIT en aquellos casos que lo requieran.
- Se fomentará la adhesión al Programa de Seguimiento de Salud Infantil haciendo hincapié en asegurar el calendario vacunal.

6. 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 T. Social de la Zona Básica de Salud.

**Neonatólogo/ Pediatra de la Unidad de Neuropediatría/ Pediatra/ Médico de Familia/ Enfermera/ Psicólogo/ Profesionales de los Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT)/ Centros de Educación Infantil/ Familia.**

**Actividades**

**Características de calidad**

**3º**  
 Detección factores de riesgo biológico y señales de alerta en periodo neonatal

1. Se consideran factores de riesgo biológico en el RN aquellos contemplados en los siguientes apartados (siempre que sea posible se clasificarán según el Eje I de la ODAT<sup>4</sup>) :
  - RN con peso < P10 para su edad gestacional.
  - Peso < a 1500 g.
  - Prematuridad, especialmente edad gestacional (EG) < a 32 semanas.

- Test de APGAR < 3 al minuto o < 7 a los 5 minutos, o constatación de pérdida de bienestar fetal.
- Asfixia grave.
- RN con ventilación mecánica durante más de 24 horas.
- Hiperbilirrubinemia que precise exanguinotransfusión.
- Convulsiones neonatales.
- Infecciones del SNC (meningitis, encefalitis o ventriculitis).
- Sepsis neonatal.
- Disfunción neurológica persistente (más de siete días).
- Daño cerebral evidenciado por neuroimagen.
- Malformaciones del SNC.
- Síndromes malformativos con compromiso de la audición.
- Síndrome malformativo con compromiso visual.
- Neurometabopatías.
- Cromosopatías y otros síndromes dismórficos.
- Policitemia-síndrome de hiperviscosidad (especialmente si sintomático).
- Hijo de madre con patología mental y/o infecciones y/o drogas que puedan afectar al feto.
- RN con hermano con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia.
- Gemelo, si el hermano presenta riesgo neurológico.
- Uso de fármacos ototóxicos, principalmente aminoglucósidos durante un periodo prolongado o con niveles plasmáticos elevados.
- Por otra parte se considerará recién nacido de riesgo (RNR) de trastorno del desarrollo, aquellos que hayan presentado o presenten otro tipo de patologías graves crónicas que afecten a los diferentes órganos y sistemas (respiratorio, digestivo, osteoarticular, malformaciones complejas, neuromusculares, hereditarias...).

## 2. Señales de alerta en el periodo neonatal:

- Macro/Microcefalia
- Alteraciones en la exploración física con especial interés en la exploración neurológica sistematizada (sin medicación que enmascare).
- Trastornos del tono.

- Falta de succión en los tres primeros días de vida.
  - Nivel de vigilia disminuido y escasa conexión con el medio que le rodea.
  - Estrabismo convergente o divergente. Sector de persecución ocular limitado.
  - Motricidad espontánea de los miembros asimétrica o disminuida y con poca selectividad.
  - Signos de focalidad neurológica.
  - Llanto débil.
  - Presencia de movimientos anormales.
3. Ante una señal de alerta se debe realizar un estudio y seguimiento riguroso del niño, no significando por si misma un trastorno del desarrollo.
  4. Una vez detectados dichos factores de riesgo y/o señales de alerta se debe realizar una adecuada coordinación de todos los profesionales que intervienen en el control del recién nacido. Para ello se constituirá en cada Centro Hospitalario un Equipo de Orientación Terapéutica (EOT) que establecerá protocolos específicos y se responsabilizará del seguimiento de su adecuado cumplimiento.
  5. Detección de señales de alerta postneonatales observadas en las visitas del Programa de Salud Infantil.
    - Alteraciones detectadas en el seguimiento neuroevolutivo.
    - Para la correcta interpretación de las señales de alerta se utilizará la escala del desarrollo de Haizea-Llevant (ver Anexo 9).
    - Como norma general se establece que la valoración del desarrollo psicomotor de los niños prematuros se realiza en base a la edad corregida (EC), que es la edad que tendría el niño si hubiera nacido a las 40 semanas de gestación.
    - Prestar una especial atención en la valoración de los niños con peso al nacimiento menor de 1.500 g en los que la hipertensión transitoria debe considerarse como una variante de la normalidad no precisando por si misma la realización de otro tipo de exploraciones, manteniendo el seguimiento adecuado.
    - Constituye un motivo de derivación a otros profesionales cuando en los recién nacidos con peso menor de 1500 g no se consigue la sedestación a los 9 meses de EC y la marcha sin apoyo a los 16 meses de EC.

6. Señales de alerta<sup>8,9,10,11,12</sup> por edades.

- 2 meses:
  - o Irritabilidad permanente.
  - o Sobresalto exagerado ante el ruido.
  - o Llanto monótono o alto.
  - o Aducción pulgares.
  - o Ausencia de contacto visual.
- 3 meses:
  - o No control cefálico.
  - o Asimetría de la actividad de las manos.
  - o No responde a los sonidos.
  - o Ausencia de seguimiento visual.
  - o Falta sonrisa social.
- 4 meses:
  - o Pasividad excesiva.
  - o Limitación en la abducción (ángulo a 90°).
  - o No se orienta hacia la voz.
  - o No responde con sonidos guturales a la voz ni emite sonidos para llamar la atención.
- 6 meses:
  - o Persistencia del reflejo de Moro.
  - o Ausencia de control del eje corporal.
  - o No prensión voluntaria.
  - o No seguimiento visual de 180°.
  - o Falta de balbuceo.
  - o Dificultad para la interacción con las personas de su entorno.
- 8 meses:
  - o Ausencia de volteo.
  - o Asimetría en la prensión.
  - o No dirige las manos a los objetos (déficits en la prensión-manipulación y/o prensión en la línea media).
  - o No se coge los pies para jugar con ellos.
  - o Patrón de conducta repetitivo.
- 9 meses:
  - o No sedestación sin apoyo.

- o No desplazamiento autónomo.
- o Ausencia o asimetría de la reacción de paracaídas.
- o Ausencia o asimetría de la manipulación.
- 12 meses:
  - o Ausencia de paso de sentado a posición de gateo.
  - o Ausencia de bipedestación con apoyo.
  - o Presencia de Clonus en tríceps sural.
  - o Ausencia de pinza digital.
  - o No muestra interés por los objetos (coger, cambiar de mano, explorar con el índice, sacar de recipientes etc.).
  - o Ausencia de intencionalidad comunicativa.
  - o No reconoce cuando le nombran a papá y mamá.
  - o No entiende cuando se le dice “dame” o “toma”, si no le hacen gestos indicativos con la mano.
  - o No emite sílabas inespecíficas.
- 15-16 meses:
  - o Pasa ininterrumpidamente de una actividad a otra.
  - o Falta de contacto visual con el adulto para pedir o mostrar lo que quiere (ausencia de referencia conjunta).
  - o Falta de reacción al NO.
  - o Falta de imitación de gestos.
  - o No señala con el dedo lo que desea.
  - o Ausencia de primeros bisílabos con significado (“papa”, “mama”...).
- 18 meses:
  - o Ausencia marcha autónoma.
  - o No muestra interés por los cuentos con dibujos.
  - o No señala objetos, ni personas familiares cuando se le nombran.
  - o Usa menos de 6-10 palabras con significado.
- 24 meses:
  - o No corre.
  - o No realiza torres de tres a seis cubos.
  - o No es capaz de garabatear.
  - o No pasa páginas de libros o cuentos.
  - o No identifica las partes de su cuerpo.

- o Estereotipias verbales.
- o No hace frases de dos palabras.
- o Incapacidad para ejecutar órdenes sencillas, que no se acompañen de gestos.
- o No responde, ni parece reconocer a su nombre.
- o Incapacidad para desarrollar juego simbólico.
- o Ausencia de participación en actos cotidianos: comer, vestirse...
- 36 meses:
  - o Caídas frecuentes.
  - o Dificultad para subir y bajar escaleras.
  - o No puede copiar un círculo.
  - o Inmadurez verbal (vocabulario escaso, no uso de verbos).
  - o Lenguaje incomprensible.
  - o Incapacidad de comunicarse con frases cortas (3-4 palabras).
  - o Incapacidad de separarse de la madre.
- 4 años:
  - o No adquisición de conductas básicas (alimentación, sueño, control de esfínteres).
  - o Incapacidad de prestar atención cinco minutos mientras se le lee un cuento.
  - o No copia un cuadrado.
  - o No consigue realizar un puzzle de cuatro piezas.
  - o No usa pronombre personales, artículos o nexos.
- 5 años:
  - o No es capaz de pintar un “monigote” mínimamente reconocible
  - o No es capaz de copiar un triángulo.
  - o Insomnio, dificultad al dormirse, pesadillas.
  - o Incapacidad de seguir juegos reglados, planificar, escuchar normas y respetar turnos.
- A cualquier edad:
  - o Pérdida de hitos conseguidos en etapas anteriores.
  - o Macrocefalia.
  - o Microcefalia.
  - o Estacionamiento perímetro craneal.

- o Dismorfias.
- o Arreflexia osteotendinosa.
- o Asimetrías posturales o de la motricidad.
- o Movimientos oculares anormales.
- o Movimientos cefálicos anormales.
- o Otros movimientos anormales:
  - Actividades distónicas de manos y estereotipias.
  - Hiperextensión cefálica y/o del eje corporal.
  - Movimientos cefálicos repetitivos.
- o Trastornos conductuales graves.

## Profesionales del SSPA

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;"><b>4º</b></p> <p>Gestión de cita para CAIT y otras especialidades</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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).</li> <li>2. 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.</li> <li>3. Gestión de cita telefónica por el SAC mediante contacto directo con CAIT. Se enviará para facilitar la priorización una copia del Documento de Interconsulta mediante Fax o correo electrónico.</li> <li>4. 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.</li> <li>5. La derivación a otros especialistas del SSPA, para completar el diagnóstico etiológico/sindrómico, se realizará según los protocolos establecidos.</li> </ol>

6. La valoración por CAIT debe realizarse antes de quince días y la intervención se iniciará antes de treinta días.

## Pediatra perteneciente a la Unidad de Neuropediatría/ Neonatólogo/ Enfermera/ Psicólogo

Actividades	Características de calidad
<p><b>5º</b></p> <p>Intervención neonatal en RN con factores de riesgo biológico y señales de alerta</p>	<p>En el recién nacido prematuro, parte del proceso de desarrollo se produce fuera del vientre materno, este desarrollo secuencial en el tiempo permite una buena organización de sinapsis neuronales y maduración del cerebro<sup>13</sup> para ello son de suma importancia los siguientes cuidados y objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Minimizar las repercusiones negativas de los factores externos en las unidades neonatales:<ul style="list-style-type: none"><li>• Individualizar los cuidados centrados en el desarrollo y en la familia.<sup>14,15,16,17,18,19,20,21</sup></li><li>• Trabajar por procesos.</li><li>• Agrupar las intervenciones, adaptándolas al ciclo sueño/vigilia.</li><li>• Protocolo de mínima manipulación.</li><li>• Implicar a los padres en los cuidados.</li><li>• Adecuación de las estructuras físicas de las Unidades Neonatales.</li><li>• Ambiente terapéutico neutro.<ul style="list-style-type: none"><li>o Cuidados del macro-ambiente: luz y ruido.</li><li>o Cuidados del micro-ambiente:<ul style="list-style-type: none"><li>- Posición.</li><li>- Sensaciones táctiles.</li><li>- Dolor.</li></ul></li></ul></li><li>• Fomentar la lactancia materna.</li></ul></li><li>2. Implementar un plan de actuaciones médicas y un plan de cuidados de enfermería<sup>22,23,24,25,26</sup> (Anexo 10) adaptado a las características del niño según patología.</li><li>3. Objetivos específicos:</li></ol>

- Modificar el ambiente para reducir el estrés.
- Disminuir la yatrogenia e infecciones nosocomiales.
- Apoyo al crecimiento y al desarrollo integral del recién nacido prematuro.
- Promover la atención individualizada.
- Formación del equipo que presta los cuidados.
- Modificar rutinas y procedimientos para promover el desarrollo neuromotor.
- Procurar confort y prevenir el dolor.
- Incrementar los periodos de descanso y periodos de sueño profundo.
- Evitar fluctuaciones de presión arterial e intracraneal.
- Disminuir el gasto calórico.
- Prevención de la hipotermia e hipertermia consiguiendo un ambiente térmico neutro.

#### 4. Cuidados en el área neonatal:

- Prevención de estrés en área neonatal.
  - o Minimizar alteraciones transitorias y prevención de complicaciones, en relación a las siguientes áreas /causas /intervención:
    - Respiratoria:
      - \* Causas:
        - Calibre vías respiratorias, reducido.
        - Caja torácica maleable.
        - Tapizado mucosas frágiles.
      - \* Intervención:
        - Vigilar exceso estimulación.
        - Cambios posturales.
        - Vigilar nutrición.
        - Técnicas higiene bronquial.
    - Posturales:
      - \* Causas:
        - Posición rana aplastada (Grenier).
        - Deformidad osteo-cartilaginosa fémur.
        - Acortamiento psoas iliaco y aductor medio.

- Cabeza y cuello en hiperextensión.
- Mirada hacia arriba.
- Problemas succión deglución.
- Limitación coordinación ojo-mano.
- \* Cuidado Postural:
  - Facilitar el contacto mano-cara-boca.
  - Promover siempre el alineamiento cabeza-cuerpo.
  - Cambiar la posición, siempre que la situación lo permita, con la finalidad de evitar: úlceras de presión, deformidades en la cabeza.
  - No levantar al menor en posición supina.
  - Utilización de dispositivos para acomodar y manejar al recién nacido: posicionadores, nidos, colchones y almohadas, con la finalidad de conseguir la contención del cuerpo y evitar deformidades y problemas ortopédicos.
- Sensoriales:
  - \* Causas:
    - Prematuridad extrema.
    - Grado de Retinopatía.
    - Luz en UCIN.
    - Exanguinotransfusión.
    - Ruido en UCIN.
    - Fármacos ototóxicos.
  - \* Protección sensorial:
    - Estímulos lumínicos:
      - . Medir y documentar niveles de luz de la Unidad.
      - . Valorar nivel de luz acorde necesidades del niño.
      - . Utilizar luz controlada e indirecta.
      - . Utilizar fuentes de luz enmarcadas.
      - . Reducir la luz por determinados periodos (SUEÑO, VIGILIA) o cubrir las incubadoras.
      - . Estimular la fijación, utilizando objetos que contrasten blanco y negro (ojo de buey).
      - . Agrupar a niños según necesidades.

- . Utilización de persianas para disminuir la intensidad de la luz.
- Estímulos acústicos:
  - . Medir y documentar niveles de ruidos de la Unidad.
  - . El sonido no debe pasar de 50 decibelios y evitar los picos mayores de 70.
  - . El instrumental debe tener un nivel menor de 40 decibelios.
  - . Evitar ruidos bruscos.
  - . No colocar objetos sobre incubadoras.
  - . Adecuada reparación de equipos ruidosos.
  - . Utilizar incubadoras de doble pared.
  - . Evitar conversaciones informales.
  - . Bajar y responder rápidamente a alarmas y timbres.
  - . No utilizar radios o megafonías.
  - . Utilizar instrumentos facilitadores.
  - . Cartelería grupal e individual sobre efectos del ruido.
  - . Establecer “horas quietas” para descanso del niño.
  - . Aislar a los RN graves de los más estables.
- Prevenir y tratar el dolor:<sup>27,28,29,30,31,32,33</sup>
  - . Minimizar los procedimientos dolorosos y estresantes. Potenciar las medidas ambientales y de contención del dolor.
  - . Emplear medidas de confort antes/durante la realización de procedimientos dolorosos: succión no nutritiva, sacarosa/glucosa oral, leche materna, envolver/arropar al niño, cuidado de la posición, hablar al niño, etc.
  - . Usar analgesia o sedación de forma continua o puntual para la realización de determinados procedimientos o en determinadas patologías.
  - . Usar medidas para prevenir el daño de la piel en niños muy prematuros.

- Evitar manipulaciones bruscas.
  - Usar escalas de dolor en neonatos a término y nacidos prematuramente (Anexo 11).
- o En todos los casos:
  - Cuidados de Manipulación:
    - \* A todos los neonatos ingresados se les realizará cuidados mínimos que consistirán:
      - Ciclar Patrón: Día / Noche. Más oscuridad-Menos Manipulación.
      - Las manipulaciones serán más frecuentes durante el día y más espaciadas por la noche.
      - Preparación previa de todo el material que vamos a necesitar en las manipulaciones.
      - Los estímulos táctiles, auditivos y visuales deben ser lo más suaves posible.
    - \* En menores de 1.500 gramos, sospecha asfixia perinatal o ventilación mecánica agresiva se les realizará cuidados de mínima manipulación (Anexo 12).
  - Otros Cuidados: en neonatos ingresados cuya situación clínica estable lo permita así como las condiciones y medios de la Unidad lo posibiliten se podría plantear la realización de estudios que valorasen el beneficio sobre el Proceso de Atención, satisfacción de los padres y/o de los profesionales, de técnicas como la musicoterapia, masaje practicado por la familia o incubadora compartida en gemelos ingresados.
- Neonatología centrada en la familia:
  - o Apoyo psicológico, elaboración del duelo (separación, enfermedad, pérdida...)
  - o Contacto precoz.
  - o Método canguro. <sup>34,35</sup>
  - o Lactancia materna.
  - o Escuela de padres.
  - o Información escrita sobre rutinas / política de la Unidad.
- Intervención en el recién nacido de riesgo. <sup>36</sup>
  - o Detectar factores de riesgos de parto pretérmino (Anexo 13).
  - o Reanimación Neonatal: se seguirá los protocolos actuali-

zados de la Sociedad Española de Neonatología. Algoritmo RCP

([http://www.se-neonatal.es/default\\_principal.asp?idx=&ciديوa=2](http://www.se-neonatal.es/default_principal.asp?idx=&ciديوa=2) ).

- o Diagnóstico de lesión en niños con factores de riesgo o señales de alerta:
  - Valoración neurológica completa. En los de elevado riesgo (prematuros de <1500g, asfixia severa, hemorragia intracraneal grado III-IV, hidrocefalia, leucomalacia periventricular, hipodensidades y niños con múltiples problemas físicos) realizar una primera exploración previa al alta del hospital y establecer la periodicidad del seguimiento en función del resultado de la exploración.
  - Exploraciones complementarias:
    - \* Específicas en función de la historia clínica, exploración y evolución del RN (cardiopatías, enfermedad pulmonar crónica, sepsis, enfermedades metabólicas, entre otras).
    - \* Prematuro extremo (<1500 g., o >1500 g. con curso clínico complicado):
      - Protocolo de retinopatía.<sup>37</sup> Valoración de retinopatía por profesional experto. Se aconseja exista un profesional referente para esta exploración en el Servicio de Oftalmología del Centro.
      - Potenciales Evocados Auditivos Automatizados (AABR).
      - Ecografía transfontanelar antes de las 72 horas tras parto y seriada según hallazgos y antes del alta hospitalaria.
      - Completar estudio de neuroimagen (TAC o RMN) en función de hallazgos clínicos y/o ecográficos.
      - EEG según clínica.
      - Estudio de laboratorio que incluya, como mínimo, lo siguiente: hematocrito, electrolitos, metabolismo fosfo-cálcico, función hepática y renal, metabolismo del hierro y screening metabólico.
      - Control niveles de fármacos.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Asfixia neonatal: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ EEG.</li> <li>▫ TAC.</li> <li>▫ Potenciales Evocados Auditivos Automatizados (AABR).</li> <li>▫ En función de la gravedad y de la clínica: resonancia magnética, potenciales evocados de tronco, fondo de ojo, trazado EEG continuo, despistaje de metabopatías.</li> </ul> </li> <li>* Estudio genético en los cuadros dismórficos y malformativos.</li> </ul> <p>5. En las enfermedades irreversibles en las que se prevea una muerte precoz, se establecerá un protocolo de voluntades anticipadas con consentimiento informado de los padres, sobre posibles tratamientos y limitaciones terapéuticas, mientras se formaliza el Protocolo de Testamento Vital. Este protocolo se comunicará ne-cesariamente al Pediatra de AP y al Equipo de Emergencias.</p> <p>6. Tratamiento de las diferentes patologías según protocolos específicos.</p>
--	--

**Pediatra perteneciente a la Unidad de Neuropediatría/ Neonatólogo/ Pediatra/ Médico de Familia/ Enfermera/ Psicólogo/ Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT), Centros de Educación Infantil/ Servicios Sociales Comunitarios (SS SS CC).**

Actividades	Características de calidad
<p>6º</p> <p>Intervención en menores con lesión establecida o con riesgo de padecerla</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antes del alta, se concretará un Plan de Atención Compartida (PAC) en función de las características de cada niño, entre AP, AH y el resto de profesionales implicados en el seguimiento del recién nacido.</li> <li>2. El Equipo de Orientación Terapéutica (EOT) que realizará el PAC, estará formado habitualmente por los profesionales que han atendido al neonato, el pediatra de AP encargado de su atención y seguimiento al alta, Enfermera Gestora de Casos, profesionales del CAIT de referencia, y profesionales de la Unidad de Trabajo So-</li> </ol>

cial, junto con aquellos profesionales que en cada caso se estime oportuno.

3. Corresponderá la coordinación al Servicio de Pediatría, siendo el responsable el referente del Hospital para AT. Requiere, por tanto, la presencia simultánea de estos profesionales en el mismo espacio de trabajo, preferentemente el hospital.
4. El PAC establece los objetivos para el primer año de vida del menor con lesiones establecidas o con riesgo de padecerlas o para el primer año posterior a la detección del problema, y la formulación de las orientaciones oportunas para la adecuada derivación y seguimiento al alta hospitalaria.
5. La información contenida en el plan estará referida a:
  - las necesidades detectadas.
  - los profesionales que intervienen en su seguimiento.
  - las citas para los controles y las consultas puntuales a los especialistas de referencia en AH.
  - instrucciones precisas para facilitar a la familia el cuidado del niño en el hogar.
6. El PAC establecerá el seguimiento y atención integral de niños con riesgo de alteraciones del desarrollo o lesión establecida, asegurando:
  - Una valoración continua de la situación biológica, psicológica y social del menor asegurando 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.
  - Que los planes de atención se revisarán y/o formularán de nuevo cuando la evolución del desarrollo del menor así lo aconseje y en cualquier caso con periodicidad anual.
  - El seguimiento programado del neurodesarrollo y su atención integral se llevará a cabo desde el nacimiento hasta la edad escolar (0-6 años).
  - Tras dos años de evolución favorable se finalizará el seguimiento programado por el EOT de forma consensuada. El pediatra de AP mantendrá un seguimiento del menor vigilando la aparición de señales de alerta.

7. El PAC deberá contemplar como mínimo la siguiente información:
- Modelo de Consentimiento Informado para el intercambio de información.
  - Datos identificativos.
  - Datos del profesional referente del EOT y modo de contacto.
  - Antecedentes y pruebas diagnósticas de interés, y situación clínica al alta.
  - Diagnóstico según ODAT.<sup>4</sup>
  - Pertenencia a grupo de riesgo de trastorno del desarrollo:
    - o Riesgo social.
    - o Riesgo biológico (excluyendo SNC).
    - o Riesgo de lesión neurosensorial.
    - o Riesgo psicológico.
    - o Niños con lesiones establecidas.
    - o Niños que asocian varios riesgos o lesiones.
  - Plan de seguimiento <sup>38,39</sup> e intervención en función del riesgo (Anexo 14).
    - o Niños con riesgo social. El seguimiento se realizará en Atención Primaria con intervención de T. Social. Valoración por el EBAP de la necesidad de derivar a CAIT.
    - o Niños con riesgo psicológico: el seguimiento se realizará en AP, valorando la necesidad de derivación a T. Social, CAIT y/o USMIJ.
    - o Niños con riesgo biológico y/o neurosensorial (Anexo 15):
      - Si el riesgo es bajo, el seguimiento se realizará por el Pediatra de AP. Ante detección de señales de alerta del desarrollo derivación a AH y CAIT.
      - Si el riesgo es moderado, valoración por Pediatra de AP y derivación a CAIT para test de desarrollo (Bayley y/o Brunet-Lezine) a los 6, 12, 18 y 24 meses. Ante la normalidad del desarrollo, se dará de alta en CAIT y se continuará el seguimiento por Pediatra de AP.
      - Presencia de alto riesgo o problemas complejos o asociados, intervención por CAIT y seguimiento por AH bajo la coordinación del Neonatólogo/Pediatra de la Unidad de Neuropediatría/Pediatra.
    - o Niños con lesión biológica excluyendo el SNC: si la lesión evaluada es de un solo órgano, el seguimiento se realiza-

rá por el especialista correspondiente y el Pediatra de AP. Ante detección de señales de alerta del desarrollo, valorar derivación a CAIT.

- o Niños con lesión del Sistema Nervioso:
  - Seguimiento por AH bajo la coordinación de Neonatólogo/ Pediatra de la Unidad de Neuropediatría/ Pediatra.
  - Intervención en los CAIT.
- Fecha de revisión prevista por el EOT. Se establecerán reuniones programadas cada seis meses para reevaluación de casos complejos, plantear nuevos diagnósticos y valoración de la efectividad de la intervención.

8. El PAC se complementará con el Plan Individualizado de Atención Temprana (PIAT), que se reflejará en un documento de seguimiento coordinado, o a través de Sistema de Información cuando esté desarrollado, para todos los profesionales que intervengan en el caso.

9. El PIAT cumplirá los siguientes requisitos:

- El Pediatra de AP será el referente del caso.
- El Pediatra de AP derivará a un único especialista del hospital (Pediatra de la Unidad de Neuropediatría/Pediatra) quien coordina el resto de actividades intrahospitalarias. Igualmente lo comunicará a la Enfermera Gestora de Casos y Trabajador Social para establecer contacto con la familia.
- Calendario de revisiones con periodicidad mínima anual, o cuando la evolución del caso lo requiera.
  - o Se establecerán reuniones programadas para reevaluación de casos complejos, plantear nuevos diagnósticos y valoración de la efectividad de la intervención.
- Los responsables de la coordinación interniveles (AP y AH) serán las Enfermeras Gestoras de Casos y Trabajadores Sociales de Hospital y Primaria. Se coordinarán las agendas de los distintos especialistas implicados en el tratamiento del niño para conseguir minimizar el número de visitas al centro hospitalario o especializado.
- Cualquier cambio de equipo responsable de intervención temprana (salud/educación) precisará coordinación que conllevarán, obligatoriamente, la realización de una reunión que planteen objetivos, modalidad e intensidad de la intervención.

- Se informará a los padres de la periodicidad de las revisiones por parte de cada especialista.
- El Informe de coordinación será un documento al que tendrán acceso los profesionales de todos los ámbitos (sanitario, educativo, social) que intervienen en la atención al niño. Para ello la familia firmará un consentimiento informado de protección y cesión de datos.
  - o Profesionales AH.
  - o Profesionales AP.
  - o Profesionales de los CAIT.
  - o Equipo Provincial de Atención Temprana (EPAT).
- El informe de coordinación incluirá:
  - o Modelo de Consentimiento Informado para el intercambio de información.
  - o 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.
  - o En 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.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Situación vacunal.</li> <li>- Detección de riesgo sociofamiliar.</li> <li>- Pruebas complementarias (en coordinación con AH para evitar duplicidad).</li> <li>- Actualización diagnóstica.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>o CAIT: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesionales que intervienen</li> <li>- Actividades: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Tipo.</li> <li>* Frecuencia (en Unidades de Medida de Atención Temprana (UMAT)).</li> </ul> </li> <li>- Objetivos de trabajo.</li> <li>- Impresión evolutiva.</li> <li>- Intervenciones en otros ámbitos (educativo, familiar, entorno).</li> </ul> </li> <li>o Educación: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesionales que intervienen.</li> <li>- Frecuencia.</li> <li>- Sesiones grupales.</li> <li>- Rendimiento académico (Niveles de competencia curricular).</li> <li>- Relación con iguales (Integración).</li> <li>- Necesidades detectadas.</li> </ul> </li> </ul>
--	--

## Profesionales del CAIT

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;"><b>7º</b></p> <p>Intervención en CAIT</p>	<p>El CAIT contará con un protocolo de actuaciones a seguir ante la recepción de una familia con un/una menor con trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlo:<sup>40,41,42,43,44,45,46,47,48</sup></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fase de acceso. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Derivación al CAIT por parte del Pediatra mediante documento de derivación o a través del Sistema de Información cuando esté desarrollado.</li> </ul> </li> <li>2. Entrevista de acogida del menor y la familia.</li> </ol>

- Es de especial importancia para disminuir el estado de ansiedad y angustia ante la situación de incertidumbre por la que está pasando la familia.
- El CAIT citará a la familia (solicitándose la presencia de ambos padres) y en la entrevista se recabará toda la información disponible del recién nacido 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 AT del menor.
- Se informará a los padres del funcionamiento del centro, profesional de referencia, resto de profesionales, cartera de servicios del centro y los datos esenciales de cooperación familiar.

### 3. Fase de evaluación del niño y entorno.

- Recogida de Información.
  - o Se valora toda la documentación aportada a través de la entrevista de acogida.
  - o Se recogerá el diagnóstico, lesiones establecidas (SN central, SN periférico, otros órganos y aparatos, enfermedad metabólica, genética, entre otras), pronóstico global.
  - o Se confirmará que la familia es conocedora del consejo genético y reproductivo en los casos de posible recurrencia.
- Evaluación del niño.
  - o 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, determinando de forma cualitativa las dificultades.
  - o Aplicación de Pruebas estandarizadas:
    - Se aplicará una prueba de desarrollo para determinar el momento evolutivo en el que se encuentra. Luego se pasará, si es necesario a una prueba más específica en función de lo que se quiera evaluar. Se aconsejan para utilizar en los CAIT las escalas Bayley de desarrollo infantil (1993); Bayley, N. (0-30 meses) y la escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia-revisada (1997); Brunet, O y Lezine, I. (0-6 años). En el Anexo 16 se refieren otras escalas del desarrollo general así como de áreas específicas.

- Valoración del entorno:
  - o 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 y se obtendrá información del personal en contacto con el niño en la Escuela o Centro de Educación Infantil o a través del Equipo de Orientación Educativa (EOE).
- Elaboración de hipótesis diagnóstica.
  - o Una vez recogida toda la información se elaborará la hipótesis sobre el diagnóstico funcional (siguiendo la terminología de la ODAT<sup>4</sup>) y a partir del mismo el plan de intervención por parte del equipo del Centro.
  - o Exámenes complementarios: se valorará la necesidad de remitir al pediatra de referencia para determinar la pertinencia de la realización de pruebas o consultas a otros especialistas para aclarar o descartar otros diagnósticos.
  - o Para el Plan Individualizado de Intervención se tendrá en cuenta las necesidades del niño, de la familia, el entorno y las prioridades de actuación.
  - o El diagnóstico funcional se revisará a lo largo de toda la intervención para efectuar los cambios oportunos.
  - o 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.
- Devolución de la información.
  - o Una vez finalizado el proceso de valoración se realizará una entrevista de devolución de la información a los padres. Éste se constituye como un momento crucial y se debe realizar de forma que los ayude a entender y ajustar sus expectativas, aceptando y afrontando esta nueva situación.
  - o Se dará la información básica y directrices de la intervención (profesional-referente, programa de intervención individualizado, tipo de intervención...)
- Propuesta de intervención.
  - o Se determina el profesional que va a intervenir con el niño. Será únicamente un profesional “tutor o coordinador”, que

se constituirá como el referente del CAIT para la familia y se hará cargo de la intervención atendiendo a todas las áreas del desarrollo. Si existe un trastorno motor, podrá trabajar de forma simultánea con el fisioterapeuta. El profesional será elegido dependiendo de la patología o del trastorno principal.

- o Será, por tanto, un trabajo de un equipo multidisciplinar de forma inter o transdisciplinar. Preferentemente el equipo lo formarán profesionales de las distintas disciplinas con formación de postgrado específica en AT, Psicología del Desarrollo, Intervención Familiar, Diagnóstico. Trabajarán de forma coordinada y cooperativa; se atenderá al niño y a la familia de forma individual. En reuniones periódicas posteriores la información se comparte y se complementan las tareas de cada miembro con el resto de las disciplinas. Las decisiones las toma el equipo, atendiendo a las necesidades del niño y la familia teniendo en cuenta las opiniones individuales de sus miembros.
- o Para la elaboración del Plan de Intervención Individualizado se debe realizar valoración del desarrollo y del nivel funcional del niño, la familia y el entorno. La información transmitida en la entrevista familiar de devolución y compromiso terapéutico, marcará los objetivos y el pronóstico evolutivo con las siguientes normas generales:
  - Niños con factores de riesgo:
    - \* Solamente seguimiento: test de desarrollo a los seis, doce, dieciocho y veinticuatro meses. Si el desarrollo es normal a los dos años, se dará de alta.
  - Niños con factores de riesgo en los que se observa, durante el seguimiento, alteración en el desarrollo.
    - \* Diagnosticar, elaborar y aplicar planes de intervención.
  - Niños con lesiones establecidas:
    - \* Aplicar el plan de intervención contemplado en el PAC o elaborarlo en caso de no estar contemplado.
- Módulos de intervención.
  - o La medición de la duración de las sesiones se hará utilizando la UMAT (1 UMAT = 45 minutos / mes), tanto en actividad directa (menor) como indirecta (familia y entorno), cuyo número se adaptará a cada caso.<sup>49</sup>

- o La pertinencia del número de UMAT se realizará desde cada Delegación Provincial de salud, a través de la figura de la Consultoría Provincial.
- o En función del número de sesiones se establecerán los siguiente módulos:
  - Menor:
    - \* Tipo A, entre 1 y 2 UMAT.
    - \* Tipo B, entre 3 y 5 UMAT.
    - \* Tipo C, entre 6 y 8 UMAT.
    - \* Tipo D, 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.

#### 4. Fase de intervención

- En función de los datos y conclusiones obtenidas en la valoración se realizará un Programa de Intervención Individual que atienda la vertiente bio-psico-social del niño y la familia.
- Este programa se facilitará a la familia, al profesional sanitario de referencia, a la Escuela Infantil o colegio en cada caso. Se recogerá:
  - o Las distintas áreas de intervención (Motora Guesa y Fina, Cognitiva, Comunicación, Social y Autoayuda) divididas en objetivos y éstos, a su vez, desgranados en actividades. Éstos se adecuarán a actividades de la vida diaria.
  - o Se realizará una atención especial a la familia<sup>50</sup> ya que es uno de los factores que va a condicionar el futuro desarrollo y evolución del niño. Ésta se hará de forma individual y/o grupal buscando el intercambio de información, dudas relacionadas con la intervención de su hijo, pautas educativas, relación con hermanos u otros miembros de la familia, relaciones de pareja, etc. Se deberá ayudar en el proceso de aceptación, a entender sus sentimientos y a reco-

nocer y potenciar sus competencias con respecto a su hijo para cuidarle y educarle.

- o En los casos que lo requieran se intervendrá sobre la familia extensa, grupo de amistades, entidades afines (Escuela Infantil, CEIP, asociaciones, etc.) y población en general a través de tratamiento conjunto con niños/as-madres/padres, cursos de formación, actividades de ocio, convivencias, etc.
  - o La participación de la familia en la intervención a través de las actividades anteriormente citadas.
  - o Sistema Alternativo y/o Aumentativo de Comunicación y/o adaptaciones estructurales, si son precisas.
  - o Pautas de modificación de conducta, hábitos de alimentación, de sueño...
- Una vez realizado el Programa se informará de éste de forma clara a la familia y se verán 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.
  - Una vez que el niño supere los objetivos marcados en el Programa se volverá a valorar su desarrollo y se realizará un nuevo Programa de Intervención Individual.
  - Se establecerá una Coordinación intersectorial e interprofesional con una 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 lo atiende en Hospital, EBAP, CEIP y EOE.
  - Se establecerán reuniones programadas cada seis meses para reevaluación de casos complejos, plantear nuevos diagnósticos y valoración de la efectividad de la intervención.
  - La atención directa al menor se realizará, habitualmente, en la sede de los CAIT y en los casos que lo requieran, podrán realizarse desplazamientos hasta el domicilio familiar, Centro de Educación Infantil o Centros Sanitarios donde se encuentren integrados.
  - La duración de los tratamientos será la que precise cada menor y se extenderán hasta que se consigan los objetivos propuestos, ya sean educativos, sociales o sanitarios, o alcance los 6 años de edad y las características del servicio lo permitan.

- Se facilitará a los padres información sobre todos aquellos recursos administrativos que puedan ayudarles a nivel asistencial, legal, de ayudas económicas, asociaciones...

#### 5. Fase de derivación.

- Cuando se considera el alta del Centro de Atención Infantil Temprana, debido a su correcta evolución, por la edad o porque se desplace a otro centro a continuar su intervención se procederá a la baja en el CAIT. El Centro de Atención Infantil Temprana emitirá un informe de alta en el que se especificará:
  - o Historia de la Intervención: situación inicial cuando llegó al centro, datos generales.
  - o Evolución.
  - o Situación actual.
  - o Diagnóstico.
  - o Conclusiones y Propuesta de intervención futura.
- Con esto se pretende dar coherencia y continuidad a la intervención que se haga con el niño y con la familia.
- 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 la correcta incorporación al nuevo centro.

#### 6. Historia de atención temprana.

- Los datos de la Historia de AT se recogerán a través del Sistema de Información de AT, cuando esté disponible.
- Cada niño-familia tendrá una Historia de AT en el CAIT, se irá actualizando a través de todo el proceso de intervención y 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.
- 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, dificultades conductuales significativas, intervención con la familia...). También se recogerán las reuniones de coordinación realizadas con los distintos profesionales implicados (educativo y sanitario).
- o Informe de derivación.