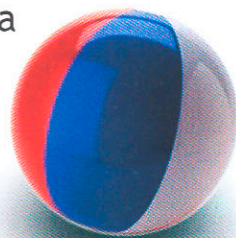




Guía para
el seguimiento
de niños con



Parálisis cerebral
en Atención Primaria

Guía para el seguimiento de
niños con parálisis cerebral
en Atención Primaria

Guía para el seguimiento de niños con parálisis cerebral en Atención Primaria

AUTORES

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León
Juan Carlos Silva Rico

**Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria
y Atención Primaria**
Fernando Malmierca Sánchez

Federación ASPACE Castellano Leonesa
José María Blanco Pedraz
Manuel Rocandio Tocino
Maximiano Merino Barrientos
Lourdes Pérez Martín

COORDINACIÓN

**Dirección General de Asistencia Sanitaria. Dirección Técnica
de Atención Primaria. Servicio de Programas Asistenciales.**
Siro Lleras Muñoz
Ana Cordovilla Rodríguez
Purificación de la Iglesia Rodríguez

© Junta de Castilla y León
Gerencia Regional de Salud

Realización editorial: Gerencia Regional de Salud

Depósito Legal:

Imprime:

PRESENTACIÓN

La parálisis cerebral es uno de los trastornos neurológicos que con mayor frecuencia generan discapacidad en la infancia.

La diversidad de sus manifestaciones clínicas, no permite que sea una sola especialidad, o un solo profesional, el que pueda abordar el análisis y solución de la compleja problemática que debe enfrentar no solo el niño sino también su familia, por lo que resulta esencial un enfoque multidisciplinar.

Dentro de este equipo multidisciplinar, el pediatra, y especialmente el de atención primaria como profesional más próximo a la familia, juega un papel fundamental a la hora de reconocer los signos de alarma que pueden ayudar a realizar un diagnóstico precoz, valorar las características de la evolución clínica e indicar los controles periódicos cuando es necesario recurrir a consulta con otros especialistas.

La "Guía para el seguimiento de niños con parálisis cerebral en Atención Primaria" nace fruto de la colaboración entre la Gerencia Regional de Salud, la Federación ASPACE Castellano Leonesa (federación de asociaciones de atención a personas con parálisis cerebral), la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León y la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria y se enmarca dentro de las iniciativas de la Gerencia Regional de Salud dirigidas a potenciar e impulsar la colaboración con las Asociaciones de usuarios y con las Sociedades Científicas con el fin de adaptar la oferta de servicios a las necesidades y expectativas de los ciudadanos.

Esta publicación se ha elaborado con la finalidad de facilitar a los profesionales de la Atención Primaria unos criterios orientativos y al mismo tiempo prácticos para identificar los factores de riesgo pre, peri o posnatales que pueden asociarse con esta enfermedad, extremar la vigilancia neurológica, valorar los posibles trastornos asociados, enfocar el abordaje terapéutico adecuado y la necesidad de interconsulta y/o derivación a los recursos específicos en aquellos casos que sean necesarios.

Se trata también de una iniciativa abierta a nuevas propuestas y sugerencias, provenientes tanto de las Sociedades Científicas y de las Asociaciones de Parálisis Cerebral como de todos los profesionales que trabajan y se esfuerzan en mejorar la atención sanitaria y como consecuencia el nivel de salud y la calidad de vida de los niños afectados por esta enfermedad.

J. Santiago de Cossío Jiménez
Gerente Regional de Salud

Introducción	11
- Distribución de la parálisis Cerebral en niños de Castilla y León (tabla 1)	
Detección Precoz	12
- Factores de riesgo Perinatal de Parálisis Cerebral (tabla 2)	
- Signos de alarma en el Desarrollo Madurativo (tabla 3)	
Diagnóstico clínico/etiológico	14
Trastornos asociados	15
- Trastorno asociados a la Parálisis Cerebral infantil (tabla 4)	
Plan de seguimiento	16
- Seguimiento de niños con Parálisis Cerebral en Atención Primaria (tabla 5)	
Derivación a los recursos sociales de la Comunidad	19
Recursos socio-sanitarios en Castilla y León	23
- Centro Base de la Gerencia de Servicios Sociales	
- Direcciones Provinciales de Educación	
- Centros ASPACE en Castilla y León	
Bibliografía	25

INTRODUCCIÓN

La parálisis cerebral es un trastorno motor crónico, persistente pero no invariable, que afecta a la movilidad y la postura. Tiene su origen en una lesión cerebral no progresiva y de etiología diversa, que acontece durante algún periodo del proceso de maduración del sistema nervioso central (desde la gestación hasta aproximadamente los 5 años de vida).

Unos 1.500 niños nacen o desarrollan parálisis cerebral cada año en España.

La prevalencia global de la parálisis cerebral se sitúa en torno al 2-2,5 por cada 1000 recién nacidos vivos en los países desarrollados.

La relación entre los varones y las mujeres es de 1,4/1.

Considerando que es difícil establecer un censo que refleje la incidencia real del problema, en la tabla 1 se presentan los datos oficiales disponibles en nuestra Comunidad Autónoma, que probablemente infravaloren la realidad y reflejan un importante desequilibrio entre provincias.

Según los datos proporcionados por la Gerencia de Servicios Sociales, referidos al año 2004, en Castilla y León 2351 personas se encuentran afectadas por este problema de los que un 11,65% (274) son niños menores de 14 años. En la tabla 1 se muestra su distribución por provincias y grupos de edad.

Tabla 1. Distribución de la Parálisis Cerebral en niños de Castilla-León

	0-5 años	6-14 años
Ávila	3	14
Burgos	5	47
León	5	30
Palencia	6	13
Salamanca	16	64
Segovia	2	4
Soria	4	2
Valladolid	17	19
Zamora	8	15
Total	66	208

Fuente: Gerencia de Servicios Sociales. Centros Base de Atención a Personas con Discapacidad. Datos de valoración de minusvalías Enero 2004.

Actualmente más del 90% de los niños con parálisis cerebral sobreviven hasta la edad adulta. La supervivencia se relaciona principalmente con el grado de inmovilidad y de afectación mental. El pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes están relacionados con la detección precoz, la atención temprana y un seguimiento multidisciplinar bien coordinado.

DETECCIÓN PRECOZ

La detección precoz, que no es fácil de realizar en los primeros meses de vida, es la clave para conseguir una intervención temprana eficaz y mejorar la calidad de vida de los niños con parálisis cerebral. Se basa principalmente en dos aspectos:

1. La identificación de los niños con factores de riesgo.
2. La detección de síntomas/signos de alarma.

1- Factores de riesgo:

Los estudios realizados por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Apoplejía (NINDS) han mostrado que en muchos casos no se encuentra causa alguna. Entre las etiologías demostrables hay que considerar las de origen prenatal infeccioso, malformativo o genético. Las perinatales relacionadas con la prematuridad y los partos traumáticos (tabla 2) y las postnatales por infecciones o traumatismos del sistema nervioso central.

La anamnesis detallada sobre el embarazo, parto y periodo neonatal nos permite identificar a los niños con factores de riesgo de parálisis cerebral, sobre los que se debe poner una especial atención.

Tabla 2. Factores de Riesgo Perinatal de Parálisis Cerebral

Parto traumático
Test de Apgar igual o menor de 3 a los 5 minutos
Ventilación mecánica después del nacimiento 24 horas
Peso al nacimiento igual o menor a 1500 g
Patología postnatal con ventilación mecánica 3 días
Apnea que requiere ventilación mecánica
Convulsiones
Síndromes neurológicos severos
Cualquier síndrome neurológico con hemorragia/leucomalacia
Hemorragia intraventricular grado III/IV o leucomalacia intensa
Meningitis

2- Síntomas y signos de alarma:

La búsqueda de síntomas/signos de alarma se inicia preguntando a los padres sobre la adquisición de las funciones motoras, sensoriales y socio-afectivas por parte del niño. Su opinión adquiere un gran valor y debe ser siempre tenida en consideración. La percepción de los familiares, y en especial del padre o la madre, junto con el seguimiento y los conocimientos del pediatra son los pilares en la detección precoz de la parálisis cerebral.

Durante los primeros meses de vida en los niños con parálisis cerebral predominan las alteraciones del circuito tónico-motriz por lo que en la exploración se debe valorar sobre todo el tono muscular, los reflejos, la postura y la movilidad. La aplicación del Test de Denver como prueba de despistaje para niños con riesgo de parálisis cerebral es poco sensible para detectar las formas leves-moderadas por lo que en niños con factores de riesgo se debe realizar una exploración neurológica evolutiva mas completa que abarca los circuitos tónico-motriz, sensorial-prensor y expresivo-comunicativo-empático. (Tabla 3)

Tabla 3. Signos de Alarma en el Desarrollo Madurativo

A cualquier edad	Movilidad, tono o postura anormal/Presencia de reflejos anormales/Retraso en la adquisición de los ítems madurativos/Movimientos involuntarios.
A los 3 meses	Ausencia o retraso : - Sonrisa afectiva. - Seguimiento ocular. - Coordinación oculomotora. Ausencia de sostén cefálico/Persistencia de signos de irritabilidad.
A los 6 meses	Falta de inversión fisiológica del tono muscular: - Hipertonía de miembros. - Hipotonía de cuello y tronco. Alteración de la motilidad/Persistencia de los reflejos primarios/Ausencia de sedestación con apoyo/Ausencia de prensión voluntaria/Ausencia de balbuceo y gorgojeo.
A los 9 meses	Espasticidad de miembros inferiores/Hipotonía de tronco. Ausencia de la función de la pinza manipulativa/Ausencia de sedestación/Ausencia de monosílabos o bisílabos.
A los 12 meses	Ausencia de bipedestación/Presencia de reflejos anormales/Presencia de movimientos involuntarios/No repite los sonidos que oye.
A los 18 meses	Ausencia de marcha autónoma/No construye torres de cubos/No sube escalones a gatas/No emite ninguna palabra/No nombra o señala dibujos.
A los 24 meses	No corre/No construye torres de 3 o 6 cubos/No asocia dos palabras/No pide de comer o beber.
En los niños prematuros utilizar la edad corregida: EC = EA en meses + (EG en semanas - 40). EC: edad corregida, EA: edad actual, EG: edad de gestación.	

Adaptado de: Santos Borbujo, J. Desarrollo psicomotor hasta los dos años. Retraso en el desarrollo psicomotor en Neurología pediátrica

Todos los lactantes deben ser valorados por el pediatra de atención primaria buscando factores de riesgo de PC y signos de alarma en el desarrollo madurativo.

La aparición o ausencia de determinados signos o síntomas, en especial en los niños con factores de riesgo, debe poner en marcha los mecanismos que confirmen el diagnóstico y la intervención temprana con la mayor rapidez posible.

DIANÓSTICO CLÍNICO/ ETIOLÓGICO

El desarrollo defectuoso o el daño en las áreas motoras del cerebro afectan al control cerebral del movimiento y la postura. Las lesiones cerebrales son permanentes y definitivas originando una clínica cambiante con aparición paulatina de síntomas clínicos no siempre evidentes en exámenes previos. La consecuencia es un cuadro clínico de severidad variable que difiere de unos niños a otros y puede cambiar en el mismo individuo con el tiempo.

En función de la extensión del daño cerebral y los miembros afectados se puede establecer la siguiente clasificación topográfica:

1. Tetraplejía: afecta al tronco y las cuatro extremidades, con predominio de afectación en miembros superiores.
2. Diplejía: Afectación de las cuatro extremidades con predominio de las inferiores.
3. Hemiplejía: afectado un sólo lado del cuerpo, predominando la afectación del miembro superior.
4. Doble hemiplejía: afectación de las cuatro extremidades, predominando más en un hemicuerpo.

En función del tipo de perturbación en el movimiento se distinguen cuatro formas de parálisis cerebral.

- a) Espástica. Afecta al 70-80% de los enfermos y se caracteriza por hipertonía e hiperreflexia con rigidez y contracturas musculares de alguna o varias extremidades. Pueden presentar también temblores hemiparéticos en forma de sacudidas incontrolables que afectan a las extremidades de un lado del cuerpo.
- b) Atetósica o Discinética. Afecta al 10-20% de los pacientes y se caracteriza por movimientos retorcidos lentos e involuntarios que afectan a diferentes segmentos de las extremidades, la cara y la lengua causando muecas, babeo y disartria. Aumentan con el estrés emocional y cesan durante el sueño.
- c) Atáxica. Afecta a un 5-10% de los enfermos y se caracteriza por inestabilidad en la marcha con aumento de la base de sustentación, temblores de intención y dificultad para coordinar movimientos rápidos y precisos como escribir o abrocharse los botones.
- d) Formas Combinadas. Son muy comunes, siendo las más frecuentes la asociación de espasticidad y atetosis.

TRASTORNOS ASOCIADOS

Los niños con parálisis cerebral pueden asociar otros trastornos como afectación cognitiva, déficits sensoriales, problemas del lenguaje y comunicación, epilepsia, dificultades en el aprendizaje y la lectura, trastornos del comportamiento y afectación digestiva, respiratoria o genitourinaria (tabla 4). En general cuanto mas severa es la afectación motora mayor es la probabilidad de que tenga otros trastornos asociados, con la repercusión negativa en la calidad de vida de estos niños.

Tabla 4. Trastornos Asociados a la Parálisis Cerebral Infantil

Músculoesqueléticos	<ul style="list-style-type: none"> - Cifoescoliosis. - Subluxación y luxación de cadera. - Contractura en flexión de la rodilla. - Pie equino-varo. - Contractura en flexión de muñeca y codo. - Aducción de pulgares y dedos "cuello de cisne" - Fracturas patológicas.
Digestivos	<ul style="list-style-type: none"> - Disfagia. - Reflujo Gastroesofágico. - Estreñimiento crónico.
Respiratorios	<ul style="list-style-type: none"> - Bronquitis y neumonías por broncoaspiración.
Psiconeurológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Retraso mental. - Trastornos del lenguaje y aprendizaje. - Trastornos del comportamiento. - Epilepsia.
Sensoriales	<ul style="list-style-type: none"> - Hipoacusia. - Estrabismo. - Ambliopía. - Defectos de refracción. - Hemianopsia. - Retinopatía del prematuro.
Genito-urinarios	<ul style="list-style-type: none"> - Disfunción vesical (incontinencia). - Criptorquidia.
Problemas de Crecimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Malnutrición.

El diagnóstico de la parálisis cerebral es fundamentalmente clínico y debe ser confirmado por el neurólogo que solicitará las exploraciones complementarias que considere oportunas (citogenéticas, metabólicas, neurorradiológicas, EEG,...) para confirmar el diagnóstico, esclarecer la etiología y valorar los problemas asociados.

PLAN DE SEGUIMIENTO

Por la diversidad de problemas que tienen los niños con parálisis cerebral, es esencial un seguimiento multidisciplinar que incluya pediatras, neurólogos, rehabilitadores, logopedas, trabajadores sociales, ortopedas, oftalmólogos, otorrinos, odontólogos, educadores. El pediatra de atención primaria con su visión integral del problema debe ser el referente de la atención multidisciplinar asegurando las derivaciones oportunas en cada momento y haciendo un seguimiento personal de la evolución del niño que permita una intervención temprana y eficaz que haga posible mejorar y/o superar las discapacidades. (tabla 5).

1. Evaluación pediátrica

Los niños con parálisis cerebral deben seguir todos los controles normales que de acuerdo a los programas de actividades preventivas y de promoción de la salud se realizan a todos los niños en los Centros de Atención Primaria de nuestra Comunidad Autónoma.

Además de las vacunas incluidas en el Calendario Oficial de Vacunaciones Sistemáticas de la Infancia en la Comunidad, se recomienda la vacunación frente a neumococo, y varicela. También es recomendable la vacunación anual frente a la gripe del paciente y su entorno (familiares, cuidadores).

El seguimiento de estos niños por parte del pediatra incluye además de las actividades previamente señaladas la detección y tratamiento de algunos otros problemas de mayor prevalencia en los niños con parálisis cerebral que son competencia de su especialidad como el reflujo gastroesofágico, el estreñimiento crónico, la incontinencia de esfínteres, la criptorquidia y las infecciones respiratorias recidivantes con mayor incidencia de bronquitis y neumonías.

2. Evaluación neurológica

El pediatra realiza una valoración neurológica del tono, reflejos y motricidad en todos los controles de salud así como de la aparición de convulsiones. El neurólogo debe hacer el diagnóstico clínico/etiológico y un seguimiento periódico programado por el mismo dependiendo de las necesidades de cada niño. En los niños que asocian epilepsia, el neurólogo hace el estudio diagnóstico y pauta el tratamiento, siendo el pediatra quien comprueba la cumplimentación y eficacia del mismo.

3. Evaluación oftalmológica

Los niños prematuros de menos de 28 semanas de gestación o menos de 1500 g. o con patología perinatal severa deben ser valorados por el oftalmólogo para descartar la retinopatía del prematuro. El pediatra es responsable de hacer el despistaje de los defectos visuales y en especial del estrabismo muy frecuente en los niños con parálisis cerebral. La confirmación diagnóstica corresponde al oftalmólogo que realizará un seguimiento periódico del problema visual detectado

4. Evaluación de la audición

Tras el cribado universal con potenciales evocados a todos los recién nacidos, el pediatra debe realizar el despistaje de hipoacusia a lo largo del seguimiento y si aparece algún signo de hipoacusia será el ORL el responsable del diagnóstico, tratamiento y seguimiento periódico del niño.

5. Evaluación del crecimiento

Es común en los niños con parálisis cerebral moderada/grave un retraso del crecimiento que afecta al peso y talla debido a la conjunción de diversas causas como la nutrición irregular, la afectación de los centros neurológicos que regulan el crecimiento y la afectación muscular propia de la parálisis. El control del peso y la talla son obligados para el pediatra a lo largo de la infancia. Cuando se comprueba una malnutrición hay que tratar de conseguir una ingesta calórica adecuada y equilibrada en nutrientes, vitaminas y minerales para lo cual en casos extremos pueden ser necesarios métodos alternativos a la alimentación oral por sonda nasogástrica e incluso gastrostomía.

6. Evaluación del desarrollo Psicomotor

La atención temprana constituye el pilar básico en el tratamiento de los niños con parálisis cerebral. El pediatra debe remitir con la mayor prontitud para comenzar el tratamiento rehabilitador que previene la atrofia muscular y evita las contracturas, así como el resto de actividades que estimulen el desarrollo madurativo del niño con parálisis cerebral. En los niños con retraso mental, alteraciones del lenguaje o de la conducta es muy importante la intervención del resto de profesionales implicados: logopeda, psicólogo, pedagogo, foniatra o terapeuta ocupacional.

7. Evaluación ortopédica.

El pediatra, el neurólogo y el rehabilitador controlan la evolución de las alteraciones músculo esquelética. Hay que vigilar con especial atención la columna vertebral, las deformidades de las extremidades y especialmente las caderas, que en algunos casos necesitan una valoración y tratamiento ortopédico o quirúrgico específico por parte del traumatólogo.

8. Evaluación odontológica.

Dada la alta prevalencia de problemas bucodentales en niños con parálisis cerebral, en ellos son especialmente importantes las intervenciones preventivas. Se realizarán los controles periódicos y la profilaxis de la caries dental de acuerdo al Programa de Salud Bucodental infantil, y en aquellos casos que para su atención precisen anestesia o sedación, se seguirá el protocolo específico establecido para tal fin en el área de salud.

9. Apoyo familiar.

Múltiples estudios han demostrado que el apoyo familiar y la determinación personal son los dos factores más importantes para obtener buenos resultados. Por este motivo, es muy importante que los padres durante todo el seguimiento se sientan apoyados por todos los profesionales sanitarios implicados en el tratamiento del niño con parálisis cerebral. En este sentido el trabajador social desempeña un papel fundamental desde el punto de vista orientativo, informativo y de asesoramiento acerca de los recursos disponibles: Centros Base, asociaciones, ayudas específicas, búsqueda de plazas en centros especializados...

Tabla 5.- Seguimiento de niños con Parálisis Cerebral en Atención Primaria

	0-3m	3-6m	6-12m	12-18m	2a	3a	6a	8a	10a	12a	14a
1. Actividades preventivas y de promoción de la salud	Pediatra										
2. Evaluación Neurológica	Neurólogo: Diagnostico Tratamiento				Neurólogo: Seguimiento						
3. Evaluación Oftalmológica	PED OFT(*)		PED OFT		PED OFT		PED OFT	PED OFT	PED OFT	PED OFT	PED OFT
4. Evaluación de la Audición	PETC PED		OR PED		ORL PED		ORL PED	ORL PED	ORL PED	ORL PED	ORL PED
5. Evaluación crecimiento	Pediatra										
6. Evaluación Psicomotriz	Equipo de Atención Temprana: Rehabilitador, Fisioterapeuta, Psicólogo, Foniatra, Logopeda, Terapeuta ocupacional, Pedagogo.										
7. Evaluación ortopédica	Rehabilitador, Traumatólogo (**)										
8. Salud Bucal dental	Odontologo										
9. Apoyo familiar	Trabajador Social										
(*) Descartar retinopatía del prematuro. PED: Pediatra. OFT: sólo en caso de defecto visual. PETC: potenciales evocados del tronco cerebral. ORL: sólo en caso de defecto auditivo. (**) Sólo en aquellos casos con deformidades músculo esqueléticas que requieran tratamiento ortopédico o cirugía.											

DERIVACIÓN A LOS RECURSOS SOCIALES DE LA COMUNIDAD

La Atención Temprana es el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tiene como objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos.

La atención temprana, desde los principios científicos en los que se asienta: rehabilitación, fisioterapia, logopedia, reeducación psicomotriz, estimulación sensorial..., tiene como fin ofrecer a los niños con parálisis cerebral un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras, que faciliten su adecuada maduración en todos los ámbitos y que les permita alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de integración social.

Los órganos competentes en materia de atención temprana y rehabilitación son las Gerencias de Servicios Sociales de cada provincia, quienes a través de los Centros Base, ejecutan los tratamientos y los programas específicos adaptándolos a las necesidades individuales. Además, prestan servicios de información, orientación, valoración y reconocimiento del grado de minusvalía.

La derivación del niño con parálisis cerebral al Centro Base se canalizará preferentemente a través de la Trabajadora Social del Centro de Salud quien orientará sobre los recursos e informará sobre el procedimiento. La solicitud de atención en el Centro Base también se puede realizar directamente a través de petición telefónica de cita previa o mediante la entrega de la solicitud de atención temprana.

A partir de los 3 o los 6 años, un cierto número de niños pueden seguir la escolaridad en la escuela ordinaria, con atenciones profesionales específicas. No obstante algunos niños, tendrán que acudir exclusivamente a Centros de Educación Especial.

Las posibilidades de modificación de las estructuras neurológicas desaparecen al llegar a la adolescencia, pero las posibilidades de aprendizaje continúan. La labilidad de muchas adquisiciones de la parálisis cerebral hace necesaria una actividad rehabilitadora de mantenimiento durante toda la vida.



Junta de Castilla y León
 Consejería de Familia e Igualdad de
 Oportunidades
 Gerencia de Servicios Sociales

SOLICITUD DE ATENCIÓN TEMPRANA

(Antes de cumplimentar los datos, lea las instrucciones que figuran al dorso)

1. DATOS DEL NIÑO

Apellidos		Nombre
Fecha de Nacimiento	Sexo	Nacionalidad
Domicilio (sólo si es diferente al del Representante Legal)		

2. DATOS DEL PADRE / MADRE O REPRESENTANTE LEGAL

Apellidos		Nombre	D.N.I.
Domicilio (C / Plaza)		Nº / Blq. / Esc. / Piso / Pta.	
Código Postal	Localidad		
Provincia	Teléfono 1	Teléfono 2	
Relación con el interesado <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> GUARDADOR DE HECHO			

3. REMITIDO A ESTE CENTRO DESDE

CENTRO DE SALUD HOSPITAL EDUCACIÓN S. SOCIALES INICIATIVA PROPIA OTROS: _____

Nombre del Servicio o Institución: _____

4. MOTIVO DE LA SOLICITUD

5. ATENCIONES QUE RECIBE

NINGUNA GUARDERÍA / ESCUELA INFANTIL: _____ OTRAS: _____

INDIQUE si ha recibido o está recibiendo tratamiento de Atención Temprana en otros servicios (Estimulación Precoz, Fisioterapia, Logopedia, Psicomotricidad, Apoyo Educativo):

NO SÍ (indicar tratamiento y servicio) _____

DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y autorizo a que se realicen consultas en ficheros públicos para acreditarlos, así como cuantos informes y documentos sean necesarios.
 La Gerencia de Servicios Sociales le informa que los datos facilitados por Ud. van a ser tratados informáticamente, teniendo usted el derecho a su acceso, rectificación y cancelación de conformidad con la Ley de Protección de Datos de carácter Personal.

En a de de

SR./A.. GERENTE TERRITORIAL DE SERVICIOS SOCIALES



Utilice etiqueta o rellene a mano

INTERESADO

Nombre y Apellidos: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
 Domicilio: _____
 Población: _____ Provincia: _____
 C.P.: _____ Teléfono(s): _____
 Nombre de la madre: _____
 Nombre del padre: _____

PROTOCOLO DE COORDINACIÓN DE ATENCIÓN TEMPRANA

DESTINO

Centro / Servicio de destino: _____ Dirigido a: _____

DATOS DEL CASO

Antecedentes: _____

 Exploración (Pruebas realizadas y fechas): _____

 Impresión diagnóstica. Tratamiento. Otras actuaciones: _____

Motivo de la derivación.
Peticiones: _____

ORIGEN DE LA DEMANDA

D. / Dª: _____ Centro / Servicio: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____
 Fecha y firma: _____

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

Atendida la demanda por D. / Dª: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ Horario de contacto: _____
 Pruebas realizadas: _____

 Informe: _____

Orientación: _____

 Fecha y firma: _____

RECURSOS SOCIO-SANITARIOS EN CASTILLA-LEÓN

I GERENCIA DE SERVICIOS SOCIALES

Centros Base

Provincia	Dirección	Código Postal	Teléfono
Avila	C/ Ntra. Sra. de Sonsoles, 47	05003	920 21 35 30
Burgos	C/ Juan Padilla, 7	09006	947 22 74 00
León	C/ José Aguado, 36	24005	987 20 20 51
Palencia	C/Pío XII, 2	34002	979 74 47 33
Salamanca	C/ La Parra s/n	37001	923 27 14 72
Segovia	C/ Muerte y Vida, 10	40005	921 42 32 62
Soria	C/ Numancia, 30	42001	975 22 88 11
Valladolid	C/ Cardenal Torquemada, 52	47010	983 32 00 45
Zamora	C/ Requejo, 28	49022	980 52 30 38

II CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

Direcciones Provinciales de Educación

Provincia	Dirección	Código Postal	Teléfono	Fax
Avila	C/ Cruz Roja, 2	05001	920 22 92 50	920 22 96 78
Burgos	C/ Vitoria, 17	09004	947 20 75 40	947 20 37 14
León	C/ Jesús Rubio, 4	24001	987 20 27 11	987 25 08 35
Palencia	Avda. Castilla, 83-85	34001	979 74 55 00	979 75 12 47
Salamanca	Gran Vía, 53-55	37001	923 26 19 19	923 21 30 08
Segovia	C/ José Zorrilla, 38	40002	921 43 43 00	921 42 58 77
Soria	C/ Sta. Teresa de Jesús, s/n	42001	975 22 02 12	975 22 12 36
Valladolid	C/ Jesús Rivero Meneses, 2	47014	983 33 03 11	983 35 31 15
Zamora	C/ Prado Tuerto, s/n	49003	980 52 27 50	980 51 85 06

ASOCIACIONES DE PARÁLISIS CEREBRAL

ASOCIACIONES	DIRECCIÓN	LOCALIDAD	C. P.	TELEFONO FAX	CORREO ELECTRONICO
FEDERACIÓN ASPACE CASTELLANO-LEONESA	C/ Macizo de Gredos, s/n Bajo	Valladolid	47008	610 57 58 04	federaspacecyl@yahoo.es
ASPACEAVILA	Pza. Las Vacas, nº 8, Bajo	Avila	05003	920 25 63 94	aspaceavila@terra.es
APACEBURGOS	C/ Gloria Fuertes s/n	Burgos	09003	947 46 20 04 947 46 20 11	apaceburgos@apace.e.telefonica.net
ASPACELEON	Pabellón San José -San Cayetano Crta. Carbajal, s/n	León	24080	987 87 51 94 987 87 63 90	aspaceleon@infonegocio.com
ASPACE PALENCIA	Apto. Correos 71	Palencia	34080	979 10 72 86 660 48 29 69	aspacepalencia@hotmail.com
ASPACE SALAMANCA	Camino Alto Villamayor a los Villares s/n	Villamayor de Armuña (Salamanca)	37185	923 28 95 85 923 28 95 59	aspaceesa@telefonica.net
ASPACE SEGOVIA	C/ La Hoya, nº 15	Segovia	40003	921 44 24 97	
ASPACE SORIA	C/ Vicente Ruiz, nº 2, 2º B.	Soria	42004	639 35 90 69	soria@guipuzcoana.com
ASPACE VALLADOLID	Paseo Jardín Botánico, s/n	Valladolid	47009	983 35 40 25	aspacevalladolid@yahoo.es
SANAGUA ASPACE ZAMORA	Avda. de Requejo, nº 24, P. 4.	Zamora	49021	980 67 14 44	sanaguaspace@usuarios.retecal.es

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics, Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. The medical home. *Pediatrics*. 2002;110 :184 -186.
2. American Academy of Pediatrics, Committee on Children With Disabilities. Role of the pediatrician in family-centered early intervention services. *Pediatrics*. 2001;107 :1155 -1157.
3. American Academy of Pediatrics, Committee on Children With Disabilities. Provision of educationally-related services for children and adolescents with chronic diseases and disabling conditions. *Pediatrics*. 2000;105 :448 -451.
4. American Academy of Pediatrics, Committee on Children With Disabilities. The treatment of neurologically impaired children using patterning. *Pediatrics*. 1999;104 :1149 -1151.
5. American Academy of Pediatrics, Committee on Children With Disabilities. The pediatrician's role in development and implementation of an Individual Education Plan (IEP) and/or an Individual Family Service Plan (IFSP). *Pediatrics*. 1999;104 :124 -127.
6. American Academy of Pediatrics, Committee on Children With Disabilities. The role of the pediatrician in prescribing therapy services for children with motor disabilities. *Pediatrics* 1996; 98 :308 -310.
7. Aparicio JM. Parálisis cerebral. En: *Neurología Pediátrica*. Madrid: Ediciones Ergon, 2000; p. 53-64.
8. Ashwal S, Russman B, Blasco P, et al. Practice parameter: diagnostic assessment of the child with cerebral palsy: report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*. 2004;62 :851 -863.
9. Bringas Grande A, Amparo Fernández Luque A, García Alfaro C, Barrera Chacon M, Toledo Gonzalez M, Dominguez Roldan J.M. Parálisis cerebral infantil: estudio de 250 casos. *Rev Neurol*. 2002 Nov 1-15;35(9):812-7.
10. Fernández-Jaén A, Calleja-Pérez B. La parálisis cerebral infantil desde la atención primaria. *Med Integral*. 2002 Sep; 40 (4):148-158.
11. Gimenez-Prats MJ, Lopez-Jimenez J, Boj-Quesada JR. Estudio epidemiológico de la caries en un grupo de niños con parálisis cerebral. *Med Oral*. 2003 Jan-Feb;8(1):45-50.

12. Lopez Maestro M, Pallas Alonso CR, La Cruz Bertolo J, Perez Agromayor I, Gomez Castillo E, Alba Romero C. Abandonos en el seguimiento de recién nacidos de muy bajo peso y frecuencia de parálisis cerebral. *An Esp Pediatr.* 2002 Oct;57(4):354-60.
13. Narbona J, Sánchez-Carpintero R. Parálisis cerebral infantil. *Pediatr Integral* 1999;3:413-24.
14. Palencia R. Epidemiología de la parálisis cerebral infantil. *An Esp Pediatr.* 1988 Sep;29 Suppl 33:63-6.
15. Pallas Alonso CR, de La Cruz Bertolo J, Medina Lopez MC, Orbea Gallardo C, Gomez Castillo E, Simon De Las Heras R. Parálisis cerebral y edad de sedestación y marcha en niños con peso al nacer menor de 1.500g. *An Esp Pediatr.* 2000 Jul;53(1):48-52.
16. Patterson JM. Understanding family resilience. *J Clin Psychol.* 2002;58 :233 -246.
17. Ponces i Vergé J. La parálisis cerebral infantil. *FMC* 2004;11(6):277-86.
18. Pennington L, Goldbart J, Marshall J. Tratamiento del habla y el lenguaje para mejorar las habilidades de comunicación de niños con parálisis cerebral. En: *La Cochrane Library plus en español.* Oxford: Update Software.
19. Rosenbaum PL, Walter SD, Hanna SE, et al. Prognosis for gross motor function in cerebral palsy: creation of motor development curves. *JAMA.* 2002;288 :1357 -1363.
20. Samson-Fang L, Fung E, Stallings VA, et al. Relationship of nutritional status to health and societal participation in children with cerebral palsy. *J Pediatr.* 2002;141 :637 -643.
21. Sánchez-Lastres JM, Eiris-Punal J, Otero-Cepeda JL, Pavon-Belinchon P, Castro-Gago M. Repercusión del retraso mental y de la parálisis cerebral asociada sobre la maduración ósea. *Rev Neurol.* 2002 Feb 1-15;34(3):236-43.
22. Santos Borbujo, J. Desarrollo psicomotor hasta los dos años. Retraso en el desarrollo psicomotor. En *Neurología pediátrica.* Ed Ergon. Madrid. 200: 43-51.
23. W. C. Cooley and Committee on Children With Disabilities Providing a Primary Care Medical Home for Children and Youth With Cerebral Palsy *Pediatrics,* October 1, 2004; 114(4): 1106 - 1113.