

Daño Cerebral Adquirido Infantil

Propuestas técnicas Estudio “Posicionamiento y contextualización del Daño Cerebral Adquirido Infantil (DCAI) en España”



Datos de Proyecto

Propuestas técnicas – Estudio “Posicionamiento y contextualización del Daño Cerebral Adquirido Infantil (DCAI) en España”

Grupo motor multidisciplinar

Miguel Pérez González

Director del Aula Hospitalaria CPEE Hospital del Niño Jesús
Maestro especialista en Pedagogía Terapéutica en la Unidad Infantil de Daño Cerebral Adquirido del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid.

Mercedes Martínez Moreno

Jefe de Sección de la Sección de Rehabilitación infantil del Hospital Universitario de la Paz de Madrid
Presidenta - Sociedad Española de Rehabilitación Infantil (SERI)

Beatriz Gavilán Agustí

Responsable de la Unidad de Rehabilitación de la Unidad Infanto-Juvenil del Hospital Beata María Ana de Madrid
Miembro de la Asociación Madrileña de Neuropsicología

Ana Domínguez Mayoral

Unidad de Ictus pediátrico e infrecuente - Servicio de neurología - *Hospital Virgen Macarena de Sevilla*

Joan Montaner Villalonga

Jefe de Servicio de Neurología del Hospital Virgen Macarena de Sevilla
Coordinador del Plan Andaluz de Ictus
Jefe del laboratorio de Investigación de Neurovascular del Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS)

José Luis Peña Segura

Unidad de Neuropediatría - Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza
Coordinador del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica (SENEP)
Presidente de la Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana

Kattalin Sarasola Gandariasbeitia

Fisioterapeuta Pediátrico - Centro de Neurorrehabilitación Infantil Airoa de Bilbao
Miembro de la junta directiva Sociedad Española de Fisioterapia Pediátrica (SEFIP)

Joaquín Fagoaga Mata

Fisioterapeuta Pediátrico - Hospital Materno Infantil San Juan de Dios de Barcelona
Miembro de la junta directiva Sociedad Española de Fisioterapia Pediátrica (SEFIP)

Maria Plasencia Robledo

Fisioterapeuta Pediátrico - Centro Atención Temprana el Grao Hermanas Hospitalarias de Valencia
Miembro de la junta directiva Sociedad Española de Fisioterapia Pediátrica (SEFIP)

Lidia Rodríguez García

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Castilla-La Mancha
Presidenta de la Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología e Iberoamericana de Fonoaudiología (AELFA-IF)

César Cuesta

Vicedecano del Grado de Terapia Ocupacional. CSEU La Salle. Universidad Autónoma de Madrid
Asesor de la Asociación Profesional Española de Terapia Ocupacional (APETO)
Miembro de la Conferencia Nacional de Decanos y Decanas de Terapia Ocupacional (CNDEUTO)

Proyecto realizado por:



Federación
Española de
Daño Cerebral

Índice

01	Especialidades implicadas en la atención al DCAI	05
02	Recomendaciones generales	09
03	Neuropediatría-neurología	15
04	Medicina rehabilitadora	19
05	Fisioterapia	23
06	Terapia Ocupacional	27
07	Logopedia	31
08	Neuropsicología	35
09	Educación	39

01 Especialidades implicadas en la atención al Daño Cerebral Adquirido Infantil

0.1 Especialidades implicadas en la atención al DCAI

Dentro del documento de propuestas de mejora hemos incluido específicamente aquellas disciplinas evaluadas dentro de la investigación social realizada, a fin de asegurar la coherencia con los resultados expuestos. En el proceso de atención a menores con Daño Cerebral Adquirido y sus familias, supone una ingente participación de una gran variedad de profesionales que dan soporte de forma directa o indirecta y cuya labor es de vital importancia. Profesionales de disciplinas como neurocirugía, radiología, medicina intensiva, medicina interna, psiquiatría, neurooftalmología, otorrinolaringología, enfermería, psicología, dietética, auxiliar de clínica, educación social, trabajo social, monitor ocupacional, .. entre otros, que son parte fundamental del proceso de atención de las diferentes etapas.

Neuropediatria

Diagnostica y trata las patologías específicas del **Sistema Nervioso** desde los cero a los dieciocho años. Es un profesional que presta especial atención al **neurodesarrollo** y a las interferencias que sobre este causan diversos trastornos.

Medicina rehabilitadora

Juega un papel muy importante en el tratamiento del Daño Cerebral Adquirido. A esta especialidad médica concierne el **diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento** de estas patologías, siendo su objetivo mantener o devolver el mayor grado de funcionalidad e independencia posible a las personas.

Fisioterapia neurológica

Es una rama de la fisioterapia que se dedica al tratamiento de las alteraciones y lesiones ocasionadas por una afectación del Sistema Nervioso Central o periférico y que afectan al movimiento. La fisioterapia neurológica centra su actividad en mejorar la movilidad de las personas con trastornos neurológicos. Para ello, **crea nuevas rutas neurológicas y refuerza las ya existentes** para que el movimiento tenga lugar.

Terapia Ocupacional

Pretende beneficiar a la persona con DCA que sufre una disfunción ocupacional de componente físico o psíquico, a través del **involucramiento activo en las ocupaciones**. De este modo, la Terapia Ocupacional facilita a la persona la adquisición de las habilidades y los hábitos necesarios para su vida diaria y su inclusión en la sociedad.

La terapia ocupacional puede ayudar a la persona con DCA a obtener un mayor grado de funcionalidad y de autonomía, lo que puede redundar en una mayor calidad de vida, también para sus familiares y cuidadores.

Logopedia

La Logopedia Neurológica tiene como principal objetivo el acompañamiento terapéutico durante el proceso de **valoración e intervención de las dificultades comunicativas y/o deglutorias** derivadas de una patología neurológica o un trastorno en el neurodesarrollo. Evalúa las alteraciones de la comunicación, del habla, el lenguaje, la función cognitiva asociada a la comprensión y la expresión, la audición, la voz, así como la respiración y la deglución.

Neuropsicología

La neuropsicología es una rama de especialización en el estudio del funcionamiento de las diferentes áreas cerebrales y los **efectos cognitivos, emocionales y conductuales** de un daño o lesión del Sistema Nervioso Central.

Educación especial

La educación especial o educación diferencial es el conjunto de **conocimientos científicos e intervenciones educativas, psicológicas, pedagógicas, sociales y médicas**, tendentes a optimizar los potenciales de personas con discapacidad.

02 Recomendaciones Generales

0.2 Recomendaciones generales

Código Diagnóstico



Fomentar que el **diagnóstico de Daño Cerebral Adquirido figure especificado en los informes médicos** tanto en la fase aguda, pero también en las fases subaguda y crónica, además del diagnóstico etiológico del mismo: traumatismo craneoencefálico, meningitis, infarto cerebral...y de las repercusiones funcionales: afectación motora, disfunción ejecutiva, déficits sensoriales.

Atención especializada y accesible en todas las Comunidades Autónomas



Garantizar los principios de equidad y calidad de la atención sanitaria pública especializada en toda España.

Generar evidencia científica que justifique y de soporte a **los tiempos de derivación mínimos y máximos** en DCA, y que sirva, a su vez, de marco teórico y clínico para establecer políticas sanitarias públicas respetuosas y garantes de la Calidad de Vida de la infancia con DCA.

0.2 Recomendaciones generales

Equipos de atención



El **equipo central** debe incluir medicina pediátrica y rehabilitadora, terapia ocupacional, fisioterapia, logopedia, enfermería, trabajo social, psicología y dietética, entre otros.

Crear **equipos transdisciplinarios** que cuenten con logopedia, terapia ocupacional, neuropsicología, psicología y psiquiatría, añadiendo así su participación a la del equipo profesional que ya está presente (neurología, fisioterapia, medicina rehabilitadora).

La rehabilitación del Daño Cerebral Adquirido debe ser realizada por un equipo de profesionales de la salud, con experiencia, que **garantice la coherencia y reduzca el riesgo de complicaciones**.

La colaboración y el trabajo en equipo deben ser integrales para la prestación de servicios para niños y niñas con DCA.

La integración de conocimientos y habilidades de una variedad de disciplinas es esencial para identificar las habilidades funcionales; determinar los niveles de apoyo necesarios a través de dominios clínicos y entornos de prestación de servicios; maximizar los resultados; y facilitar la transición de regreso al hogar, la escuela y la comunidad.

Los modelos de equipo varían en cada fase. **El modelo seleccionado dependerá de las necesidades** del niño y su familia en CADA momento. El papel que desempeñe cada miembro del equipo evolucionará a medida que el niño o adolescente se desarrolle y cambien sus necesidades

Es necesario realizar acciones de **reciclaje profesional** a los equipos de las disciplinas implicadas en el manejo del DCA.

0.2 Recomendaciones generales

Metodología



Fomentar la elaboración de **protocolos multidisciplinares de atención al DCA infantil** adecuados a los recursos de cada centro hospitalario y/o comunidad autónoma que abarquen las fases aguda, subaguda y crónica.

Familias



Establecimiento de protocolos de atención a familiares, de forma que puedan recibir el asesoramiento y soporte emocional que corresponda en cada etapa.

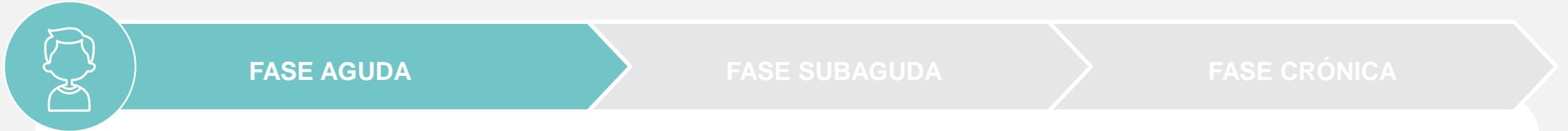
Transición a la vida adulta



Crear equipos transdisciplinarios que sigan a los menores con DCA hasta su transición a la vida adulta. Es la única forma de asegurar la mejor evolución posible, y que garantice la mejor calidad de vida posible tanto para el/la menor como para su familia.

03 Neuropediatría - Neurología

Itinerario asistencial tras el Daño Cerebral Adquirido Infantil



FASE AGUDA

1. Son necesarios más recursos para la creación de circuitos para la activación de los protocolos para las causas agudas de DCA infantil como el código ictus pediátrico. Sería imprescindible dar cobertura mediante guardias continuadas en todo el territorio español para minimizar las desigualdades geográficas y sociales en salud.
2. Los **médicos intensivistas pediátricos**, puerta de entrada en la mayor parte de los casos de DCA, deberían **ser pieza importante en la elaboración de los protocolos multidisciplinares del Daño Cerebral Adquirido Infantil.**

Itinerario asistencial tras el Daño Cerebral Adquirido Infantil



FASE AGUDA

FASE SUBAGUDA

FASE CRÓNICA

FASE SUBAGUDA

1. En los casos de menores con DCA grave es imprescindible contar con la colaboración de las **Unidades de Cuidados Paliativos**, que deben participar en la elaboración del **protocolo multidisciplinar del Daño Cerebral Infantil, en el seguimiento y cuidado de estos menores y sus familias.**
2. La red de **Centros y Servicios de Atención Temprana** con que cuentan todas las Comunidades Autónomas de este país deberían **atender de modo preferente a los menores de 6 años y sus familias con DCA.** Cuentan con **equipos multidisciplinarios**, que se coordinan con **servicios sociales, educación y sanidad.**

Itinerario asistencial tras el Daño Cerebral Adquirido Infantil



FASE AGUDA

FASE SUBAGUDA

FASE CRÓNICA

FASE CRÓNICA

1. Se necesitan más **recursos para contar con neurólogos de personas adultas** que colaboren con los **neuropediatras en consultas de transición para adolescentes**.
2. Se necesitan **más recursos para crear consultas multidisciplinares de patología infantil de neuropediatras con neurólogos de adultos especializados en cada una de las etiologías del DCA** (vascular y desmielinizante principalmente).
3. Se precisan **recursos de neuropsicología, trabajo social y rehabilitación** para mantener el **abordaje integral del menor con DCA que pasa desde neuropediatría a neurología de personas adultas**.

04 Medicina Rehabilitadora

Itinerario asistencial tras el Daño Cerebral Adquirido Infantil



FASE AGUDA

FASE SUBAGUDA

FASE CRÓNICA

FASE AGUDA

1. Necesidad de realizar **una valoración por parte del médico rehabilitador infantil dentro de las primeras 48 horas post ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.**
2. Se debe realizar una **valoración completa de todas las posibles secuelas en el ámbito físico/motor incluyendo marcha y equilibrio si es posible.**
3. Es imprescindible utilizar **herramientas estandarizadas y validadas** en esta población.
4. Se debe **especificar** de forma clara **en el informe de alta las terapias** que necesitará el menor en un futuro inmediato.
5. Se debe trabajar con las **administraciones públicas** para favorecer la **asistencia de los menores con DCA grave de forma más personalizada.**

Itinerario asistencial tras el Daño Cerebral Adquirido Infantil



FASE AGUDA

FASE SUBAGUDA

FASE CRÓNICA

FASE SUBAGUDA

1. Favorecer la **estandarización de las herramientas de evaluación de los aspectos físicos/motores**.
2. El **acceso a la rehabilitación tras el alta hospitalaria** debe realizarse sin solución de continuidad, abordando con tiempo los trámites necesarios para que esto sea así.
3. Dotar de **Unidades de Referencia en Daño Cerebral Adquirido Infantil** a las comunidades autónomas para evitar los desplazamientos de las familias.

Itinerario asistencial tras el Daño Cerebral Adquirido Infantil



FASE AGUDA

FASE SUBAGUDA

FASE CRÓNICA

FASE CRÓNICA

1. Necesidad de **planificar necesidades durante esta fase crónica** y en el **inicio de la fase adulta** para preparar una transición adecuada.
2. Mejora de la **coordinación entre equipo de tratamiento clínico y equipo de educación.**

05 Fisioterapia

Itinerario asistencial tras el Daño Cerebral Adquirido Infantil



FASE AGUDA

FASE SUBAGUDA

FASE CRÓNICA

FASE AGUDA

1. Se deben de identificar evaluaciones adecuadas, estandarizadas y validadas para niños y adolescentes desde el ámbito de la fisioterapia,

Itinerario asistencial tras el Daño Cerebral Adquirido Infantil



FASE AGUDA

FASE SUBAGUDA

FASE CRÓNICA

FASE CRÓNICA

FASE SUBAGUDA

1. El apoyo del fisioterapeuta en el entorno escolar fomenta la autonomía en sus actividades dentro de la escuela. El fisioterapeuta junto con el terapeuta ocupacional puede realizar adaptaciones ambientales y de materiales para fomentar la participación del niño en el entorno escolar.

06 Terapia ocupacional

Itinerario asistencial tras el Daño Cerebral Adquirido Infantil



FASE AGUDA

FASE SUBAGUDA

FASE CRÓNICA

FASE AGUDA

1. Se deben de identificar **evaluaciones adecuadas, estandarizadas y validadas para niños y adolescentes en Terapia Ocupacional.**
2. Se debería realizar la evaluación desde la terapia ocupacional teniendo en cuenta: a) las **deficiencias relacionadas con la lesión cerebral** de menor pediátrico; b) las **limitaciones de la actividad funcional** y c) las **restricciones de participación en el rol**, y d) las restricciones ambientales. Estas evaluaciones se deben realizar **durante todo el proceso de habilitación/rehabilitación.**
3. El terapeuta ocupacional puede ser un **profesional de referencia** para la evaluación de los sistemas sensoriales, sobre todo de aquellos referidos a la **información del cuerpo: sistema táctil, propioceptivo y vestibular.**

Itinerario asistencial tras el Daño Cerebral Adquirido Infantil



FASE AGUDA

FASE SUBAGUDA

FASE CRÓNICA

FASE SUBAGUDA

1. Es esencial en la rehabilitación pediátrica de lesiones cerebrales adquiridas, desde las fases tempranas, establecer **objetivos colaborativos y centrados en el niño y la familia. Los niños y las familias priorizan la movilidad, el autocuidado y la comunicación durante la rehabilitación.**
2. De manera temprana se debe intervenir desde la terapia ocupacional para que los **niños con DCA participen en las actividades de la vida diaria (ocupaciones) que necesitan o quieren hacer tales como actividades de cuidado personal, las que realizan en la escuela y actividades lúdicas y de ocio** (donde destaca el juego).
3. Una gran parte de los menores con DCA con una **derivación tardía (>6 meses)** a rehabilitación **después del inicio de una lesión cerebral adquirida informaron una participación "muy limitada"**. La derivación temprana a recursos de neurorrehabilitación es importante ya que esto puede reducir las restricciones de participación.

Itinerario asistencial tras el Daño Cerebral Adquirido Infantil



FASE AGUDA

FASE SUBAGUDA

FASE CRÓNICA

FASE CRÓNICA

1. Los menores en edad escolar con DCA deben **recibir rehabilitación educativa y servicios de apoyo** para ayudar con la función y la seguridad en el aula, y se deben crear planes educativos individualizados cuando sea necesario. Las intervenciones cognitivas, conductuales y de resolución de problemas tienen el potencial de mejorar la reintegración del hospital a la escuela en niños y jóvenes con Daño Cerebral Adquirido. Los niños con lesión cerebral adquirida a menudo tienen deficiencias cognitivas y conductuales que afectan a la participación en las actividades cotidianas. Entre ellos, los déficits de la función ejecutiva (FE) son recurrentes. La orientación cognitiva al desempeño ocupacional diario, es un tratamiento específico desde TO, individualizado, que enseña estrategias cognitivas necesarias para apoyar el desempeño exitoso. El apoyo del TO en el entorno escolar fomentaría la autonomía en sus actividades de autocuidado, académicas y de ocio. También puede realizar adaptaciones ambientales y de materiales para fomentar la participación en el entorno escolar.
2. Empoderar a los niños para que se hagan responsables, con los apoyos oportunos, de sus actividades de autocuidado y actividades instrumentales de la vida diaria. La intervención del terapeuta en el hogar puede ser clave para este proceso. Los niños en edad escolar con DCA en la comunidad requerirán una **evaluación continua de las necesidades educativas y vocacionales a lo largo de su desarrollo**.
3. Para el abordaje de los déficits sensoriomotores, se deben promover estrategias de aprendizaje motor y la práctica repetitiva orientada a tareas/actividades, en función de factores relacionados con el niño, la tarea y el entorno.
4. Se debe ofrecer información y apoyo a las familias con respecto al posible aumento de la dependencia. El TO puede transferir las capacidades adquiridas por los niños durante el tratamiento, al entorno natural, para promocionar la autonomía en las ADVD.

07 Logopedia

Itinerario asistencial tras el Daño Cerebral Adquirido Infantil



FASE AGUDA

FASE SUBAGUDA

FASE CRÓNICA

FASE AGUDA

1. Necesidad de incorporar la figura del logopeda un Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos para evaluar las diferentes áreas de la Comunicación (comprensión y expresión oral y gestual), la Audición (atención, percepción y discriminación auditiva) y las Funciones Orales no Verbales (respiración, salivación, masticación, succión y deglución).
2. El Sistema Sanitario debe incorporar profesionales de la Logopedia en esta fase aguda. La colaboración y el trabajo en equipo deben ser integrales para la prestación de servicios para niños con DCAI.
3. Urgencia en establecer un Sistema de Comunicación Funcional visual en ese entorno crítico para el menor y la familia, de manera que se pueda convertir en un entorno comprensible, accesible y emocionalmente seguro para el menor.
4. Generar especialidades de atención logopédica en DCA y la intervención en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos en la formación inicial de los logopedas.
5. Cuando sea necesario, se debe incorporar un Sistema Alternativo o Aumentativo de Comunicación (SAAC) que deben conocer y manejar también los demás profesionales en esta fase.
6. Se debe incorporar la evaluación temprana de las áreas de voz y audición, con recursos adaptados a la situación aguda del menor.
7. Agilidad en realizar la evaluación logopédica del menor en fase aguda para minimizar riesgos posteriores, principalmente en la seguridad en la respiración y deglución.

Itinerario asistencial tras el Daño Cerebral Adquirido Infantil



FASE AGUDA

FASE SUBAGUDA

FASE CRÓNICA

FASE SUBAGUDA

1. Previo al alta hospitalaria, formar a las familias para ser facilitadores de la comunicación de sus hijos menores con DCA, y para que sean facilitadores de la alimentación y deglución de sus hijos mejores con DCA.
2. Formar a las familias para comprender las necesidades auditivas y/o vocales de sus hijos si hay sospecha de alteraciones relativas al DCA o previas.
3. Garantizar el derecho de las familias a la comunicarse en su lengua materna con el menor y con el entorno.
4. Una evaluación logopédica comprensiva es imprescindible para niños con DCAI utilizando procedimientos estandarizados y no estandarizados para ayudar a identificar áreas de debilidad, áreas de fortaleza, y/o apoyos educativos efectivos.
5. Necesidad de coordinación interdisciplinar para garantizar la comunicación del niño en todos los entornos y facilitar la transición a la etapa escolar y a la vida adulta.
6. Por la falta de herramientas de cribado validadas para esta población, las recomendaciones y derivaciones se basan a menudo en las expectativas de desarrollo.
7. Urge desarrollar instrumentos y protocolos de intervención logopédica adaptados a población con DCA.
8. Difundir entre los demás profesionales los instrumentos y herramientas de intervención adaptados en las áreas de comunicación y lenguaje en esta etapa.

Itinerario asistencial tras el Daño Cerebral Adquirido Infantil



FASE AGUDA

FASE SUBAGUDA

FASE CRÓNICA

FASE CRÓNICA

1. Formar a las personas del entorno escolar, familiar y social del menor para ser facilitadores de la comunicación y a utilizar sistemas de Comunicación Alternativa o Aumentativa (SCAA).
2. Respeto y sensibilidad por los factores culturales y lingüísticos especialmente en esta fase crónica, en la que el objetivo es contribuir a la participación e inclusión del menor en todos los entornos en los que interactúe y conviva.
3. Para contribuir a la mejora de la Calidad de Vida Familiar es crucial incorporar más logopedas e intérpretes lingüísticos en el Sistema Público Sanitario y en el Sistema Educativo.
4. Se requieren acciones políticas públicas concretas basadas en el Modelo Psicosocial de la Discapacidad.

08 Neuropsicología

Itinerario asistencial tras el Daño Cerebral Adquirido Infantil



FASE AGUDA

FASE SUBAGUDA

FASE CRÓNICA

FASE AGUDA

1. **Protocolizar** la realización de **valoraciones neuropsicológicas** (estandarizadas siempre que se pueda) en los niños que han sufrido un DCA, difundiendo su necesidad entre los profesionales involucrados en la atención al menor y sus familias.
2. La protocolización de dichas evaluaciones permitirá detectar **las dificultades a nivel cognitivo, emocional y conductual** pudiendo así ser intervenidas desde el inicio, lo que mejora el pronóstico y evita, en muchas ocasiones, consecuencias no deseables como pueden ser problemas a nivel conductual.
3. En el caso de menores **cuya situación no permita realizar una evaluación neuropsicológica realizar valoraciones cualitativas que describan su situación neuropsicológica.**

Itinerario asistencial tras el Daño Cerebral Adquirido Infantil



FASE AGUDA

FASE SUBAGUDA

FASE CRÓNICA

FASE SUBAGUDA

1. Establecer canales de información para que, basándose en las valoraciones neuropsicológicas realizadas en la fase aguda, los menores que presenten alteraciones en este campo puedan **proseguir su rehabilitación neuropsicológica una vez dado el alta hospitalaria.**
2. Mayor presencia de **neuropsiquiatras y neuropsicólogos** con el objetivo de valorar de forma global (aspectos cognitivos, emocionales y conductuales) al menor y dar apoyo a la familia. Promoviendo así, también, **iniciar intervención lo más precoz posible disminuyendo el riesgo de consecuencias no deseables.**
3. Difundir el uso, contenido y objetivos de las valoraciones neuropsicológicas entre los profesionales sanitarios.
4. Ofrecer información sobre la existencia de esta profesión, sus funciones, los instrumentos que emplea y su papel en la rehabilitación tras un DCA.

Itinerario asistencial tras el Daño Cerebral Adquirido Infantil



FASE AGUDA

FASE SUBAGUDA

FASE CRÓNICA

FASE CRÓNICA

1. La atención psicológica, neuropsicológica y psiquiátrica, en forma de seguimientos, en esta etapa. Las alteraciones psicológicas y psiquiátricas posteriores a un DCA han sido descritas por la literatura y deben de ser atendidas y seguidas.
2. Establecer protocolos fijos de seguimiento para los menores con DCA. Es muy importante tener en cuenta que están en pleno proceso de desarrollo (a todos los niveles) lo que conlleva un cambio continuo. Esto hace todavía más importante el seguimiento hasta la edad adulta, con el objetivo de promover la mejor adaptación posible a esta nueva etapa de la vida.
3. Establecer recursos en los casos en los que aparecen graves alteraciones de conducta y en los casos de estado vegetativo o de mínima conciencia.

09 Educación

Itinerario asistencial tras el Daño Cerebral Adquirido Infantil



FASE AGUDA

FASE SUBAGUDA

FASE CRÓNICA

FASE SUBAGUDA

1. En el caso que sea posible, facilitar la incorporación del menor con DCA a su centro de origen, estableciendo incluso un plan de acogida dirigido a los profesores, especialistas y compañeros, si se considera necesario.
2. Favorecer la comunicación con el recurso educativo de referencia, tutor y compañeros dentro del proceso de neurorrehabilitación.
3. Reeducar y llegado el caso dar continuidad en la medida de lo posible al proceso educativo tras el DCA.
4. Reforzar la Pedagogía Terapéutica en el ámbito hospitalario en relación con los menores con Daño Cerebral para ofrecerles una atención multidisciplinar de calidad con el fin de optimizar su recuperación en todas las áreas relacionadas con el proceso de enseñanza aprendizaje que se vean afectadas.

Itinerario asistencial tras el Daño Cerebral Adquirido Infantil



FASE AGUDA

FASE SUBAGUDA

FASE CRÓNICA

FASE CRÓNICA

1. Los niños en edad escolar con DCA deben recibir rehabilitación educativa y servicios de apoyo para ayudar con la función y la seguridad en el aula, y se deben crear planes educativos individualizados cuando sea necesario.
2. Las intervenciones cognitivas, conductuales y de resolución de problemas tienen el potencial de mejorar la reintegración del hospital a la escuela en niños y jóvenes con traumatismo craneoencefálico adquirido (DCA). Los niños con lesión cerebral adquirida a menudo tienen deficiencias cognitivas y conductuales que afectan la participación en las actividades cotidianas. Entre ellos, los déficits de la función ejecutiva (FE) son frecuentes. La orientación cognitiva al desempeño ocupacional diario, es un tratamiento específico desde TO, individualizado que enseña estrategias cognitivas necesarias para apoyar el desempeño exitoso. El apoyo del terapeuta ocupacional en el entorno escolar, fomentaría la autonomía del escolar en sus actividades de autocuidado, académicas y de ocio. El TO puede realizar adaptaciones ambientales y de materiales para fomentar la participación del niño en el entorno escolar.
3. Tener muy en cuenta el gran impacto que tienen las alteraciones a nivel neuropsicológico en el desarrollo académico y social, y por tanto la necesidad de recibir las intervenciones necesarias. Destacando las dificultades en el funcionamiento ejecutivo, en memoria y en los procesos atencionales muy frecuentes tras un DCA, sin olvidar la posible afectación también, en muchas ocasiones, a nivel del lenguaje y de las habilidades no verbales.
4. Informar y sensibilizar sobre las alteraciones provocadas por el DCA en cada niño y sus consecuencias a nivel académico y social.
5. Para los niños con DCA en particular, es útil enfocar la evaluación en áreas críticas para el aprendizaje y el éxito escolar. La evaluación requiere una colaboración continua con la familia y los profesionales médicos, quirúrgicos, de rehabilitación y educativos.



La Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE) representa y dinamiza al Movimiento Asociativo de personas con Daño Cerebral y sus familias desde el año 1995. Es una Entidad de ámbito estatal declarada de Utilidad Pública, que apoya a las personas con Daño Cerebral Adquirido y a sus familias en el ejercicio de sus derechos de ciudadanía y en su plena inclusión en la comunidad.

Esto lo hace reivindicando y promocionando la existencia de los recursos y servicios necesarios para facilitar que cada persona con Daño Cerebral Adquirido tenga su mejor nivel de salud y la máxima calidad de vida posible.

FEDACE representa a las familias y personas con Daño Cerebral Adquirido a través de sus asociaciones distribuidas por todo el territorio nacional.



Entidades asociadas

FE DA CE

Federación
Española de
Daño Cerebral

C/ Agustín de Betancourt 21. Planta 8 28003, Madrid.

Tlf. 914 178 905 | info@fedace.org | www.fedace.org

Sociedades Científicas que han elaborado las propuestas técnicas:



Proyecto financiado por:



Colaboran:

