



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud

Curso de adaptación de Diplomado en Fisioterapia
a Graduado en Fisioterapia

Curso Académico 2011 / 2012

TRABAJO FIN DE GRADO
MODELO DE HISTORIA CLÍNICA DE FISIOTERAPIA
EN UN COLEGIO DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Autora: M^a Luisa Santarromana Bellido

Tutor: Juan Francisco León Puy

CALIFICACIÓN.

ÍNDICE

RESUMEN

- I. INTRODUCCIÓN**
- II. OBJETIVO**
- III. METODOLOGÍA**
- IV. DESARROLLO**
- V. CONCLUSIONES**
- VI. BIBLIOGRAFÍA**

RESUMEN DEL TRABAJO FIN DE GRADO

Autora: M^a Luisa Santarromana Bellido

Tutor: Francisco León

Título: Modelo de Historia Clínica de Fisioterapia en un Colegio de Educación Especial

Resumen:

Una de las mayores dificultades que se encuentra un fisioterapeuta al llegar al ámbito escolar es la ausencia de una historia clínica propia. Para poder conocer el estado actual del usuario se debe recurrir a los archivos pedagógicos, densos y sin la información de carácter sanitario completa. Los detalles sobre la intervención fisioterápica que se ha realizado hasta el momento están dispersos o perdidos, lo que dificulta la continuidad del tratamiento cuando se cambia de profesional y la posibilidad de evaluar la consecución de los objetivos.

Con la experiencia que aporta haber trabajado en distintos colegios y la formación específica en Fisioterapia en Pediatría, se ha llegado a un modelo de historia clínica: práctico y fácil de rellenar; que contiene información sobre los tratamientos previos; recoge los datos personales y de contacto; incluye la información aportada por los distintos especialistas sanitarios que atienden al alumno; y, cada curso escolar, aporta una visión global de la intervención realizada (valoración, objetivos, tratamiento y evaluación); acabando con una previsión para el siguiente curso. Totalmente flexible, este modelo permite que cada fisioterapeuta adapte los apartados que considere necesarios.

Como aportaciones más novedosas, cabe destacar la inclusión de una fotografía que ayuda a identificar al alumno y las anotaciones que nos ofrecen una visión global de las características del niño: su nivel cognitivo, cómo se comunica e incluso cuáles son sus intereses especiales que nos pueden ayudar a motivarlo para su participación activa en el tratamiento.

I.- INTRODUCCIÓN

Los alumnos escolarizados en los Centros de Educación Especial, con edades comprendidas entre los tres y los veintiún años, presentan necesidades educativas especiales permanentes. El déficit cognitivo, medio o profundo, es lo que determina el tipo de escolarización y no sus alteraciones a nivel motor. ^{1,2}

En estos colegios, el sistema organizativo es diferente a los centros ordinarios. En la Comunidad Autónoma de Aragón, hay entre 4 y 6 alumnos por aula y reciben una atención especializada por diferentes profesionales: profesores de pedagogía terapéutica, audición y lenguaje, educación física y música, un pedagogo o psicólogo, un enfermero, auxiliares de educación especial y un servicio de fisioterapia con una ratio de 10-12 alumnos por profesional. ³

El desarrollo de la intervención fisioterápica en este ámbito educativo está acorde con las características de los centros y es especialmente importante el trabajo multi e interdisciplinar entre los diferentes profesionales que atienden al alumno así como una estrecha coordinación tanto con la familia como con otros profesionales externos (personal médico, ortopedas, trabajadores sociales...). ⁴

Una gran parte de los alumnos que precisan fisioterapia lo van a hacer durante toda su escolarización, por lo que un modelo funcional de Historia Clínica debe tener una parte que incluya los datos que no se suelen modificar (datos personales, diagnóstico...) y otra que permita ir añadiendo las intervenciones (valoración, objetivos, tratamiento, evaluación...) que se hacen cada curso escolar. Además, es muy probable que durante su permanencia en el colegio le atiendan distintos fisioterapeutas por lo que la Historia Clínica será clave en la correcta transmisión de toda la información relevante relacionada tanto con los tratamientos previos como con la situación actual del alumno.

II.- OBJETIVO

En ocasiones, no se reconoce la importancia de elaborar la Historia Clínica de Fisioterapia. Otras veces, toda la jornada laboral está dedicada a la atención directa al usuario, lo que determina que no se pueda llevar a cabo su confección.

En este trabajo de fin de grado se presenta un modelo de Historia Clínica de Fisioterapia diseñado pensando en las características específicas de la actuación fisioterápica en los colegios de Educación Especial. De esta forma, se pretende facilitar esta parte clave de la intervención a los fisioterapeutas que trabajan en dicho ámbito.

El propósito de la Historia Clínica es el de servir de soporte a una buena actuación fisioterápica, facilitando la atención y el seguimiento del alumno. Su importancia parte de la necesidad de registrar la valoración psicomotriz del niño, establecer los objetivos del tratamiento, planificar la intervención para después poder evaluar los resultados y modificar nuestra actuación si es necesario. Pero también nos puede resultar de utilidad para otras funciones como el intercambio de información entre profesionales; la evaluación de la calidad asistencial; la investigación; la docencia, apoyando la enseñanza teórico-práctica; y a nivel jurídico-legal como documento que refleja el estado de salud del paciente antes, durante y después de la atención prestada.^{5, 6}

III.- METODOLOGÍA

Partiendo de los objetivos que se pretenden conseguir con la elaboración de la Historia Clínica propia de Fisioterapia, analizando distintos modelos de registro en neurología infantil en otros ámbitos de actuación e incorporando otros parámetros con la formación específica actualizada en Fisioterapia en Pediatría, se fue confeccionando la plantilla.^{5,7,8,9,10,11,12}

Con el transcurso del tiempo y la experiencia que aporta haber trabajado en distintos colegios se fue mejorando, aportando nuevos ítems que daban una visión más global del alumno y buscando ante todo un documento que resultase útil y fácil de rellenar.

IV.- DESARROLLO

El soporte de la Historia Clínica de Fisioterapia del colegio de Educación Especial es un documento de texto tipo Word o similar, que se puede ir rellenando en el ordenador y permite modificar los parámetros que se consideren necesarios según el alumno concreto, posibilitando una máxima flexibilidad.

Podemos diferenciar dos partes, a las que se pueden añadir anexos:

1ª) Recoge la información referente a la escolarización del alumno y el fisioterapeuta que lo atiende, los datos personales del alumno, el diagnóstico (sintetizando los informes médicos) y un registro actualizado con la información más relevante que nos aportan los distintos especialistas médicos que lo tratan. Suele resumirse en una cara de folio.

2ª) Refleja la intervención fisioterápica que se realiza durante un curso escolar. Suele ocupar entre dos o cuatro caras de folio y nos permite tener una visión global actualizada del tratamiento que se está aplicando o que se ha aplicado en cursos anteriores.

Plantilla de Hª Clínica (1ª parte)

<p style="text-align: center;">HISTORIA CLÍNICA DE FISIOTERAPIA DEL COLEGIO DE EDUCACIÓN ESPECIAL</p> <p>Fecha de inicio de la escolarización en el centro: Fisioterapeuta de referencia: Fecha de inicio de tratamiento de fisioterapia:</p> <p style="text-align: center;">(Fotografía del alumno)</p> <p>1. DATOS PERSONALES:</p> <ul style="list-style-type: none">• NOMBRE Y APELLIDOS:• FECHA DE NACIMIENTO:• DATOS FAMILIARES:• DIRECCIÓN:• TELÉFONOS DE CONTACTO:• ACTITUD:• PREFERENCIAS:• COMUNICACIÓN: <p>2. DIAGNÓSTICO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Médico:<ul style="list-style-type: none">• Medicación:• Existencia de crisis epilépticas:- Psíquico:<ul style="list-style-type: none">• Cognitivo• Conductual.- Fisioterapéutico: <p>3. REVISIONES MÉDICAS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Neuropediatría- Rehabilitación- Traumatología
--

PRIMERA PARTE: DATOS PERSONALES, DIAGNÓSTICO Y REVISIONES MÉDICAS.

Fecha de inicio de la escolarización en el centro:

Nos sirve para conocer desde cuándo está en este colegio (lo normal sería desde que tenga 3 años) y también para reflejar si ha estado escolarizado antes en otro, por ejemplo en un colegio de Integración, lo que nos dará pistas sobre su nivel cognitivo.

Fisioterapeuta de referencia:

Tanto el actual como los anteriores, de manera que podemos conocer los profesionales que le han atendido a lo largo de su estancia en el colegio.

Fecha de inicio de tratamiento de fisioterapia:

La mayoría de las veces coincide con la fecha de inicio de escolarización pero a veces la patología que requiere nuestra intervención puede presentarse más tarde, como por ejemplo en las escoliosis.

Fotografía del alumno:

Con las cámaras digitales resulta muy sencillo poder incluirla en la Historia. Puede ser tanto de cara como de cuerpo entero, bien en su silla de ruedas o usando un andador, por ejemplo. Sobre todo resulta de ayuda para identificar al alumno cuando se produce un cambio de fisioterapeuta, y al leer el resto de la Historia Clínica resulta más fácil asentar la información.

1. DATOS PERSONALES:

Además de los parámetros clásicos se incluyen otros que nos dan una visión más global del alumno, como su actitud, sus preferencias o su modo de comunicarse.

- **NOMBRE Y APELLIDOS:**

Mediante este ítem identificamos al alumno.

- **FECHA DE NACIMIENTO:**

Nos indica su edad.

- **DATOS FAMILIARES:**

Anotamos el nombre de los padres, de manera que podamos dirigirnos a ellos de forma más personal. Para aquellos profesionales que tienen mala memoria, viene bien echarle un vistazo antes de llamar por teléfono o de las primeras entrevistas.

En el caso de estar divorciados o separados: con quién convive el alumno y si la relación entre los progenitores es buena.

También se refleja el número de hermanos y su edad.

Cuando sea relevante, se puede mencionar si se trata de una familia colaboradora, con tendencia a la sobreprotección, reticente con las ayudas ortopédicas...

- **DIRECCIÓN:**

Útil para saber su lugar de procedencia y poder ponernos en contacto con ellos.

- **TELÉFONOS DE CONTACTO:**

Es importante tenerlos actualizados, ya que son la forma más rápida de poder comunicarnos con la familia.

- **ACTITUD:**

En este apartado podemos plasmar en unas pocas líneas cómo es el talante del niño ante la fisioterapia. Si le gusta venir a las sesiones, si colabora activamente, si llora o tiene miedo en los cambios de posición...

- **PREFERENCIAS:**

Debido a las características de este tipo de alumnado, resulta difícil que ellos nos digan qué es lo que más les gusta. Esta valiosa información que nos ayudará a motivarlos en nuestra intervención, se va descubriendo poco a poco, con ayuda de la familia y otros profesionales que interactúan con el niño. Por eso, es importante mencionarlo de la forma más clara posible, por ejemplo, nombrar exactamente su juguete preferido o el tipo de música que le gusta, que puede ir desde los cantajuegos hasta el flamenco.

- **COMUNICACIÓN:**

También de forma breve y concisa, es muy provechoso conocer cómo nos podemos comunicar con el niño, describiendo tanto su nivel comprensivo como expresivo, así como si utiliza algún sistema aumentativo de comunicación: señalando pictogramas, empleando gestos, etc. ¹³

2. DIAGNÓSTICO:

Desde tres puntos de vista: médico, psíquico y fisioterápico.

- **Médico:**

Generalmente se anota el diagnóstico que consta en los informes médicos que ha facilitado la familia. También se mencionan otros datos que puedan resultar significativos: sufrimiento perinatal, prematuridad, test de Apgar... Así como la presencia de trastornos asociados: problemas de visión, audición, cardiopatías, etc.

- **Medicación:**

Esta información la suele tener actualizada el personal de enfermería. Es importante anotar aquella que pueda influir en el tono muscular o el estado de vigilia.

- **Existencia de crisis epilépticas:**

Si las tiene o ha tenido, tipo de presentación y la manera de actuar ante ellas.

- **Psíquico:**

Estos datos solemos encontrarlos en los informes psicopedagógicos o en las valoraciones que les hacen en el Instituto de Servicios Sociales.

- **Cognitivo:**

Nos aporta la información relativa a su nivel intelectual, lo que puede condicionar nuestra intervención y el nivel de exigencia.

- **Conductual:**

En ocasiones, presentan problemas conductuales que es interesante conocer: estereotipias, agresividad, dificultades de interacción... En estos casos, será imprescindible una respuesta coordinada de todos los profesionales que tratan al alumno.

- **Fisioterapéutico:**

Llegaremos a este diagnóstico, que complementará al diagnóstico médico, después de analizar las discapacidades y alteraciones funcionales observadas y a partir de él, podremos establecer un programa de tratamiento en función de las necesidades y escoger el modelo terapéutico más apropiado.

Entre los problemas más frecuentes encontramos: alteraciones del tono muscular (hipotonía o hipertonia), asimetrías posturales, retraso motor, acortamientos musculares...^{1,5,14}

Por ejemplo, el diagnóstico médico podría ser "Encefalopatía hipóxico-isquémica" o "Parálisis Cerebral Infantil - Tetraparesia espástica", y el diagnóstico de fisioterapia completaría la información con los problemas más significativos: "Tetraparesia espástica con hipotonía axial e hipertonia en extremidades, con mayor afectación en hemicuerpo izquierdo. Actitud escoliótica dorsal por asimetría postural."

3. REVISIONES MÉDICAS.

Este apartado, aunque debe ser actualizado periódicamente, se decidió incluirlo en la primera hoja porque da una visión actualizada de la situación médica del alumno.

En él se anotan los datos más importantes de las revisiones con los distintos especialistas que tratan al niño. Se debe referir la fecha de la consulta, el nombre del médico y cuándo será la próxima revisión.

- **Neuropediatría:**

Además de los cambios de medicación, aporta la información relativa al tratamiento con toxina botulínica, la dosis, los músculos sobre los que ha actuado y la próxima cita de revisión, en la que podremos adjuntar una nota con nuestra valoración sobre los efectos de la infiltración.

- **Rehabilitación:**

En Zaragoza, tenemos la posibilidad de coordinarnos mediante una consulta conjunta en la que tenemos acceso a ver las radiografías (columna vertebral, caderas...) así como poder analizar las ayudas ortopédicas que pueda necesitar el alumno: férulas antiequino, bipedestador, silla de ruedas...

Es importante anotar la fecha de prescripción para poder conocer desde cuándo tiene estos elementos y cuándo puede pedir otros nuevos (12 o 18 meses). También se reflejan los datos más trascendentes de la consulta, por ejemplo: grado de subluxación de las caderas, existencia de escoliosis, acortamientos musculares...

- **Traumatología:**

En ocasiones, los alumnos son derivados a traumatología para valorar una posible intervención quirúrgica. En esta sección, mencionaremos toda la información relativa a la operación.

Plantilla de Hª Clínica (2ª parte)

CURSO 20__/20__

4. VALORACIÓN DE FISIOTERAPIA:

- Valoración del desarrollo psicomotor.
- Balance ortopédico.
- Valoración del equilibrio, la postura y la marcha.
- Ayudas técnicas – mobiliario adaptado. Sistemas de posicionamiento.
- Alteraciones sensitivas y/o sensoriales.
- Valoración del status cardiorrespiratorio.
- Otras.

5. OBJETIVOS:

6. TRATAMIENTO:

- Intervención directa
Nº sesiones semanales y duración:
Técnicas de tratamiento:
Intervención en medio acuático:
Intervención en sala multisensorial.
- Intervención indirecta
Coordinación con los profesionales del centro:
Coordinación con la familia:
Coordinación con profesionales externos:

7. EVALUACIÓN / REVISIÓN DE OBJETIVOS:

8. PREVISIÓN DEL CURSO PRÓXIMO:

9. OTRAS ACTIVIDADES EN LAS QUE PARTICIPA:

10. OBSERVACIONES:

SEGUNDA PARTE: VALORACIÓN DE FISIOTERAPIA, OBJETIVOS, TRATAMIENTO, EVALUACIÓN/REVISIÓN DE OBJETIVOS, PREVISIÓN CURSO PRÓXIMO Y OTROS

CURSO 20__/20__:

Se anota el curso escolar al que hace referencia la información posterior.

4. VALORACIÓN DE FISIOTERAPIA:

Lo primero que debemos hacer al empezar el curso escolar, es una nueva valoración para conocer la situación actual del alumno, fijándonos en diferentes aspectos: ^{1, 5, 10, 15, 16, 17}

- **Valoración del desarrollo psicomotor:**

Partiendo del desarrollo psicomotor de un niño sin alteraciones, se reflejan los ítems que el alumno es capaz de realizar solo o con ayuda, de manera que se establecerá el área de desarrollo próxima, en la cual deberemos centrar nuestros objetivos.

Observaremos el tono muscular tanto en cabeza y tronco como en extremidades, y los patrones de movimiento en las diferentes posturas: decúbito supino, decúbito prono, paso de supino a sedestación, sedestación, suspensión axilar, cuadrupedia, genupedia, volteos y rastreo, gateo, bipedestación y marcha, subir y bajar escaleras o rampas...

También se anotarán los ítems correspondientes a la psicomotricidad fina, es decir, al empleo de las manos: el tipo de prensión, pinza, coordinación bimanual...

Trataremos de resumir la información pero plasmando los aspectos más característicos, por ejemplo si existen asimetrías.

- **Balance ortopédico / Valoración músculo-esquelética:**

Se realiza una exploración de los principales grupos musculares tanto en extremidades superiores, como inferiores y de la situación del raquis, buscando especialmente la posible presencia de acortamientos musculares y anotando las limitaciones de movilidad en caso de que las haya, de forma que podamos evaluar de forma objetiva la progresión.

En este apartado, también mencionaremos las posibles alteraciones ya instauradas como displasias de cadera, escoliosis, pies en equino...

- **Valoración del equilibrio, la postura y la marcha:**

Describiendo de forma más precisa cómo es la postura y las reacciones de equilibrio en las diferentes posiciones que el niño es capaz de mantener, principalmente en sedestación (tanto de forma autónoma como en su silla de ruedas, si la necesita) y en bipedestación, además de realizar una valoración más específica de la marcha.

- **Ayudas técnicas – mobiliario adaptado. Sistemas de posicionamiento:**

En este apartado anotaremos si utiliza ortesis o ayudas técnicas y sus características, por ejemplo férulas tipo DAFOs, corsés, andador o muletas... Reflejaremos su pauta de utilización, si le producen rozaduras, si se le están quedando pequeñas o bien necesita unas nuevas...

También a principio de curso es preciso evaluar la postura del alumno en el aula (elección de la silla, mesa y óptima ubicación), buscando la máxima integración y el mínimo de ayudas que necesite.

Además, deberemos buscar cuales son las mejores alternativas posturales para evitar que esté durante toda la jornada escolar en la misma posición: utilizando bipedestadores, buscando momentos en los que esté fuera de la silla (tumbado en colchonetas) con los miembros inferiores en extensión...

- **Alteraciones sensitivas y/o sensoriales:**
- **Valoración del status cardiorrespiratorio:**

Con frecuencia coexisten problemas asociados que pueden ser relevantes para nuestra intervención y por ello es conveniente que aparezcan en la Historia Clínica. Es el caso de alteraciones de la visión o audición o también si existe algún problema a nivel cardíaco o respiratorio.

- **Otras:**

Dependiendo de cada caso concreto, pueden ser significativas valoraciones más específicas como de la motricidad bucofacial, del uso de la silla de ruedas, del acceso al ordenador...

5. OBJETIVOS:

Una vez realizada la valoración multifactorial, el siguiente paso es plantear lo que queremos conseguir, siendo realistas, a corto y medio-largo plazo y teniendo en cuenta el diagnóstico, la edad, los trastornos asociados y sus características personales y sociofamiliares.^{1, 5, 7}

En el momento de realizar la programación pautaremos como objetivo operatorio el ítem inmediato superior al que el alumno es capaz de realizar por sí mismo. Para poder observar la progresión es aconsejable desglosar minuciosamente y establecer un plazo de revisión.

6. TRATAMIENTO:

Se distingue la intervención directa, es decir las técnicas aplicadas personalmente al alumno, y la intervención indirecta, que hace referencia a la coordinación con todos los profesionales implicados y con la familia.¹

Ambas son relevantes para poder conseguir los objetivos, ya que de poco sirve que el niño consiga un nuevo aprendizaje en la sala de fisioterapia si luego no lo generaliza a otros entornos ni lo utiliza en su vida cotidiana.

- **Intervención directa**

Nº sesiones semanales y duración:

Además del diagnóstico, edad y grado de afectación del alumno, el fisioterapeuta tiene que establecer unos criterios de priorización para decidir cuántas sesiones y su duración. Generalmente varían entre 1 y 3 sesiones a la semana, de entre 30 minutos y 1 hora.

Técnicas de tratamiento: ^{1,7, 18}

En esta sección anotaremos las estrategias que utilizamos durante las sesiones, especificando los detalles que consideremos de trascendencia.

En el área de fisioterapia pediátrica, debe tenerse en cuenta que un niño no es un adulto pequeño, sino un ser humano en desarrollo y aprendizaje continuo, que requiere considerarse de forma integral: situación motora, cognitiva, visual, auditiva, lenguaje...

El tratamiento se desarrolla dentro de un contexto lúdico, con juegos apropiados al nivel de desarrollo del niño, sus capacidades... facilitando así el aprendizaje motriz, partiendo de las habilidades motrices ya adquiridas y de sus intereses.

Para que el niño realice movimientos voluntarios hay que proporcionarle objetivos concretos, actividades que entienda, le motiven, pueda realizar y que le aporten satisfacción.

El fisioterapeuta deberá usar su habilidad física, creatividad, capacidad de espera e imaginación para evitar que el tratamiento se haga aburrido.

Intervención en medio acuático:

Intervención en sala multisensorial:

En aquellos casos en los que el tratamiento se desarrolle en otros entornos, también conviene dejar reflejado en la Historia Clínica todos los detalles relevantes.

- **Intervención indirecta**

Coordinación con los profesionales del centro:

Coordinación con la familia:

Coordinación con profesionales externos:

En estos ítems anotaremos las cuestiones tratadas en las distintas reuniones de coordinación, en las que se intercambia información acerca del estado y evolución del niño, realizando un trabajo multi e interdisciplinar.

7. EVALUACIÓN / REVISIÓN DE OBJETIVOS:

La evaluación es fundamental en un plan terapéutico adaptado a cada alumno. Para poder valorar la eficacia de la intervención que se está realizando, es conveniente fijar una fecha en la que realizar una nueva valoración del estado del alumno y analizar su evolución. Con los datos actualizados será el momento de reflexionar sobre posibles cambios en las estrategias de tratamiento o incluso un replanteamiento de los objetivos.^{1, 5}

8. PREVISIÓN DEL CURSO PRÓXIMO:

A final de curso, podemos trazar unas pinceladas de cómo deberíamos continuar el próximo septiembre: tal vez intentar añadir una sesión más o quizá reducir la duración de las mismas si vemos que al alumno le cuesta mantener la atención tanto tiempo.

9. OTRAS ACTIVIDADES EN LAS QUE PARTICIPA:

Como cualquier otro niño, hoy en día la mayoría de los alumnos de educación especial practican actividades extraescolares deportivas, lúdicas o con finalidad terapéutica. Este tipo de información también puede ser de utilidad y cuando así lo consideremos deberemos anotarlo en la historia.

10. OBSERVACIONES:

Este último apartado es un cajón desastre donde mencionar los datos relevantes que queramos anotar durante el curso. Resulta práctico indicar también la fecha del apunte.

ANEXOS:

Con la finalidad de que la Historia Clínica sea práctica y manejable, ésta no debe contener demasiadas páginas. Por ello, para tener todos los documentos que hayamos elaborado sobre la intervención fisioterápica y/o añadir más información se recurre a adjuntar los anexos correspondientes. Por ejemplo, aquellos que hacen referencia a:

1. Valoraciones específicas.

2. Copia de los informes entregados a la familia en febrero y junio.

3. Copia de la información aportada a diferentes documentos de carácter educativo: Documento Individual de Adaptación Curricular (DIAC), Estudio de Casos, Compromisos educativos compartidos...

V.- CONCLUSIONES

La confección de la Historia Clínica de Fisioterapia es necesaria en cualquier ámbito, incluido el educativo. Por ello se debe destinar un tiempo de la jornada laboral para su elaboración y revisión. Para un buen manejo de las Historias Clínicas se recomienda la actualización de los documentos que contienen, eliminando aquellos que no sean relevantes.

Mediante una Historia en Fisioterapia Pediátrica actualizada, podemos:

- Reflejar en un documento escrito nuestra intervención: la valoración inicial, los objetivos planteados, la planificación del tratamiento y su revisión evaluando los resultados. De esta manera, facilitamos encontrar momentos de reflexión sobre la actuación que estamos realizando y si requiere algún reajuste.
- Transmitir la información a los futuros fisioterapeutas que atiendan al alumno, facilitando su interacción con el mismo desde el principio y simplificando la continuidad del tratamiento, partiendo desde su grado de desarrollo psicomotor actual.
- Demostrar y verificar la eficacia de las distintas técnicas aplicadas y poder elaborar protocolos de actuación, dejando constancia de los métodos de tratamiento aplicados, los que están resultando efectivos y cuáles hemos probado y no han funcionado.
- Dar el primer paso hacia la investigación, que solo puede desarrollarse partiendo de registros donde se plasmen las intervenciones que realizamos.

VI.- BIBLIOGRAFÍA

1. Macias L, Fagoaga J. Fisioterapia en Pediatría. Madrid: Interamericana/McGraw-Hill; 2002
2. Jaso M, Gómez-Conesa A. Desarrollo de la fisioterapia en centros de educación primaria y secundaria. Fisioterapia. 2005; 27 (3): 146-51
3. España. Departamento de Economía, Hacienda y Función Pública de la Diputación General de Aragón. Orden de 21 de marzo de 2000, del Departamento de Economía, Hacienda y Función Pública, por la que se otorga publicidad al Acuerdo de la Mesa Sectorial de Educación por el que se establecen los criterios para la elaboración de las plantillas de los colegios de Educación Infantil y Primaria, Colegios Rurales Agrupados, Institutos y Secciones de Educación Secundaria, Escuelas Oficiales de Idiomas, Escuelas de Arte, Conservatorios y Centros de Educación Permanente de Adultos. BOA, 38 (Marzo 31 2000)
4. Finnie N. Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral. México: La Prensa Médica Mexicana; 1987.
5. Le Metayer. Reeducción cerebromotriz del niño pequeño. Barcelona: Masson; 1995
6. Fernández F, Alonso MJ. Historia de fisioterapia en neurología infantil. Fisioterapia. 1999; 21 (4): 197-205
7. Levitt S. Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor. Buenos Aires: Panamericana; 1983
8. Vojta V. Alteraciones motoras cerebrales infantiles. Diagnóstico y tratamiento precoz. Madrid: Atam; 1991.
9. Bobath B. Actividad postural refleja anormal causada por lesiones cerebrales. Buenos Aires: Panamericana; 1987.
10. Poxtiaux G. Fisioterapia respiratoria en el niño. Madrid: McGraw-Hill; 2000.
11. Lázaro A. Aulas multisensoriales y de psicomotricidad. Zaragoza: Mira; 2002
12. Gómez Tolón J. Rehabilitación psicomotriz en la atención precoz del niño. Zaragoza: Mira; 1999.
13. Crickmay MC. Logopedia y el enfoque Bobath en la parálisis cerebral. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1974
14. Cash D. Neurología para fisioterapeutas. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 1997.

15. Gassier J. Manual del desarrollo psicomotor del niño. Barcelona: Masson; 1983
16. Xhardez Y. Vademecum de kinesiología y de reeducación funcional. Barcelona: El Ateneo; 1993.
17. Pérez de la Cruz S. Tratamiento y evaluación de las deficiencias motoras en el aula. Guía práctica para padres. Rev Iberoam Fisioter Kinesiol 2007; 10 (2): 55-64
18. Molina-Rueda F, Pérez de la Cruz S. Reflexiones sobre Fisioterapia: aprendizaje motor, ¿cómo aprenden nuestros pacientes?. Cuest. Fisioter. 2010; 39 (3): 211-218