



Educaguía
.com

ATENCIÓN TEMPRANA

**III. DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES
EN EL DESARROLLO: SIGNOS DE ALERTA**

III. DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES EN EL DESARROLLO: SIGNOS DE ALERTA

Introducción:

Cuando tenemos en nuestro entorno, generalmente laboral, un usuari@ o familia susceptible de acudir a un Servicio de Atención Temprana, pueden planteárenos dudas sobre si estaremos haciendo bien con ello, o simplemente son retrasos dentro del desarrollo del niñ@ a los cuales no debemos de darle mayor importancia. En cada caso, serán los profesionales de cada Unidad los que deban valorar cada situación en coordinación con la entidad o servicio derivante.

Antes de plantear cuales pueden ser los signos de alarma que debemos de tener en cuenta, no podemos saltarnos una pequeña introducción sobre los distintos niveles de intervención clasificados para facilitar el modo de abordar cada caso.

Hablamos continuamente de “alteración del desarrollo “pero, ¿qué entendemos por esto? De manera generalizada, supone ***toda modificación significativa del curso evolutivo esperado para una determinada edad.*** Partiendo de esta definición, las desviaciones de los ítems descritos en el tema anterior, ya son en su conjunto signos de alarma suficientes para llevar a cabo un tratamiento temprano, o al menos, un seguimiento del curso de su desarrollo.

Por otro lado, los profesionales que estamos diariamente en las Unidades, somos conscientes de que un trabajador social, una enfermera de neonatología o pediatría, los propios pediatras y en general [tod@s !@s](#) profesionales implicados indirectamente, no tienen como labor prioritaria llevar a cabo ni los programas ni el trabajo propiamente dicho de los especialistas de AT, por ello, vamos a ver los signos de “alarma “ que les sirvan para tener en cuenta que si aparecen en conjunto o por separado, se debe consultar con un especialista, teniendo en cuenta que desde las Unidades de Atención Temprana se deberán realizar las actuaciones de manera que se procure la coincidencia con aquellos esfuerzos sociales que desde otras instancias de la administración y la comunidad favorecen la salud, la educación y el bienestar social de los mismos.

LA OBSERVACIÓN

Aprender a observar, es algo a lo que no estamos acostumbrados y muchas veces, saber mirar supone ahorrarnos mucho tiempo y esfuerzo en las intervenciones. La observación, es una de las técnicas más empleadas por los especialistas para poder llevar a cabo una evaluación y posteriormente una intervención diagnóstica. Vamos a dedicar un amplio apartado a este tema, siendo conscientes de que será uno de los pilares de apoyo en la localización de signos de alarma.



ATENCIÓN TEMPRANA

Entre sus características para su utilización como técnica, se requiere una planificación cuidadosa con el fin de que esa observación sea válida y fiable. Podemos utilizar una observación no sistematizada, ocasional o no controlada. En otras ocasiones, donde esta técnica de recogida de información se utiliza para algo más profundo, como puede ser una investigación (caso que no desarrollaremos en el temario) se hacen necesarios otros parámetros a tener en cuenta.

Volviendo al tipo de observación que nos ocupa, sí que debemos de aprender a interiorizar en nuestra mente qué es lo que queremos observar. Desde un punto de vista más teórico, la observación llevada a cabo de una manera sistemática, es un producto encaminado a una percepción deliberada de una realidad conductual mediante un registro, un análisis de lo observado. También debe de llevarse a cabo una selección de rasgos conductuales significativos, por ejemplo, cómo coge la madre al bebé, nos está indicando qué tipo de vínculo o de apego se desarrolla entre ellos; si es afectiva, le coge con miedo o con rechazo etc.

En la primera fase exploratoria que se utiliza tanto en la recogida de datos como en los primeros contactos con los niños, se lleva a cabo una observación natural y es en éste tipo de observación donde en las Unidades se consigue una información muy valiosa, como hemos señalado antes; no sólo por lo que vemos, sino por lo que escuchamos. Así, podemos ver o detectar un problema actual o bien analizar cuál puede ser el verdadero punto a trabajar, que en la mayoría de los casos, no es el niño propiamente dicho, sino la aceptación de lo que ese entorno familiar está viviendo (tema que desarrollaremos más adelante)

Continuaremos el tema, analizando por trimestres cómo llevar a cabo, fundamentalmente con la observación qué signos nos pueden ayudar a detectar posibles factores de riesgo.

DETECCIÓN PRECOZ DE ALTERACIONES MOTORAS:

SIGNOS DE ALARMA

Al final del primer trimestre:

- ✚ Presencia de alteración del tono muscular:
 - Hipertonía (exceso de tono)
 - Hipotonía (falta de tono)



ATENCIÓN TEMPRANA

■ Distonía (falta de coordinación) Hay que tener en cuenta que durante el primer mes de vida, no se puede hablar de distonía propiamente dicha.

- ✚ No sujeta la cabeza al cuarto mes
- ✚ No desplaza al 4º mes, el centro de gravedad del esternón al ombligo: boca abajo, en los primeros meses el apoyo está más a la altura del esternón; poco a poco, el apoyo se va desplazando a la zona del ombligo.
- ✚ Hiperextiende el cuello en prono o lo extiende asimétricamente.
- ✚ No se apoya en prono en los 2 codos
- ✚ Mantiene los puños cerrados con pulgar incluido
- ✚ Se mantiene en una asimetría; se puede observar bien mediante los pliegues que se forman en las piernitas de forma diferente en cada una
- ✚ Situación de piernas en “ tijera “
- ✚ Movimiento de opistótonos: es una encurvación de la espalda en posición lateral del bebé, ello es reflejo de patología motriz por hipertonía.

Al final del segundo trimestre:

- ✚ No desplaza el centro de gravedad en dirección caudal (a la cadera o muslo)

Al final del tercer trimestre:

- ✚ No se sienta solo
- ✚ No voltea desde ambos decúbitos (prono y supino)



Al final del cuarto trimestre:

- ✚ No se mantiene de pie con apoyo
- ✚ Se apoya en hiperextensión (pies en punta y caderas rígidas)



DETECCIÓN PRECOZ DE ALTERACIONES EN EL DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN

Entre el 1º y el 3º mes:

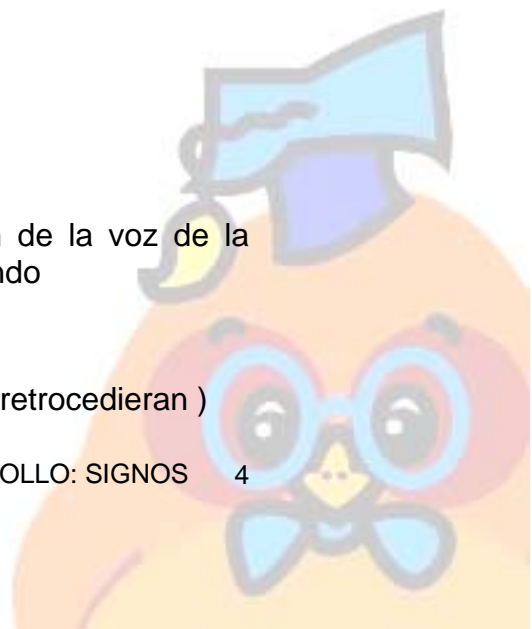
- ✚ Problemas severos de succión – deglución (de ambos o juntos)
- ✚ Llanto débil y monótono que no varía de acuerdo con lo que el bebé quiere expresar (incomodidad, hambre, dolor, cansancio)
- ✚ El bebé no reacciona ante un sonido (parpadeo, despertar, agitación, ritmo cardíaco-respiratorio)
- ✚ No reacciona a la voz de la madre
- ✚ El niño está excesivamente blando o excesivamente rígido
- ✚ No sigue ningún objeto con los ojos

Entre el 3º y el 6º mes:

- ✚ No emite vocalizaciones en respuesta de feedback (por turnos) a las del adulto
- ✚ No aparecen expresiones psicoafectivas (sonrisa, sorpresa, alegría desagrado)
- ✚ Evitación de mirada, desajuste en el acoplamiento corporal con el adulto
- ✚ Permanece indiferente ante ruidos ambientales o provocados (no orienta mirada ni cabeza) en esta edad, tienen que hacerlo sin problema.
- ✚ No se complace en producir sonidos con los objetos.
- ✚ Tampoco tiene intención de coger objetos
- ✚ Llanto desorganizado, no consolable

Del 6º al 9º mes:

- ✚ No responde a los cambios de entonación de la voz de la madre, o responde al tono de alegría sonriendo
- ✚ No atiende a su nombre
- ✚ Disminuyen sus vocalizaciones (es como si retrocedieran)



ATENCIÓN TEMPRANA

- ✚ No vocaliza para llamar la atención, ni juega con la prosodia (entonación) en sus vocalizaciones
- ✚ No hecha los brazos para que lo cojan (algo tan simple es muy importante)
- ✚ No comparte atención al objeto con la madre (mira el objeto y mira a la madre)
- ✚ No emite sílabas : “ ma” “ ta” ...ni hace juego vocálico
- ✚ No coge objetos
- ✚ No muestra interés por las personas u objetos de su entorno



Entre el 9º y el 12º mes:

- ✚ No emite ningún sonido silábico
- ✚ No comprende palabras familiares
- ✚ No entiende una prohibición
- ✚ No juega imitando gestos, ni sonrío al reconocerlas (palmitas, adiós)
- ✚ No parlotea
- ✚ No busca relaciones con su papá o mamá
- ✚ No manipula objetos
- ✚ No participa en juegos: 5 lobitos, escondite o “ cu-cú “

DETECCIÓN PRECOZ DE PROBLEMAS VISUALES

Desde el momento del nacimiento: no hay respuesta pupilar a la luz de la linterna

Primer mes:

- ✚ No responde visualmente a la cara humana
- ✚ Ojos en posición asimétrica.
- ✚ Nistagmus (movimientos incontrolados)
- ✚ Estrabismo fijo
- ✚ Ojos en puesta de sol
- ✚ Movimientos incoordinados que no desaparecen



ATENCIÓN TEMPRANA

Segundo mes:

- ✚ No sigue (con los ojos o con la cabeza) ningún objeto en movimiento

Tercer mes:

- ✚ No sigue con la mirada al adulto que se desplaza
- ✚ El niño, en general, permanece muy pasivo y no demanda atención; no llora nunca.
- ✚ Estrabismo convergente

Cuarto mes:

- ✚ No mantiene la mano dentro de su campo visual: mirarse las manos

Del sexto mes en adelante:

- ✚ Intención prensora con fracaso en la coordinación visomanual sin alteración motora.

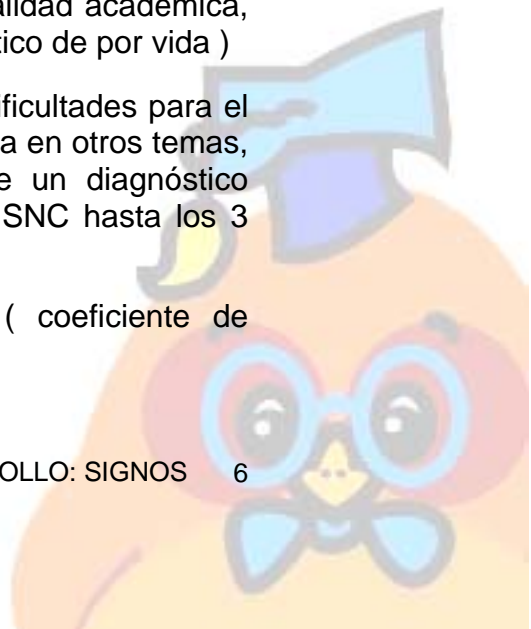
EL RETRASO MENTAL EN ATENCIÓN TEMPRANA

Vamos antes a plantear por definición, qué **entendemos por retraso mental**. *(hay muchas definiciones y diferentes formas de describirlo: deficiencia mental, incapacidad intelectual..Nosotros utilizaremos la terminología del DSM-VI, por ser en la actualidad y hasta el momento la utilizada en nuestro país para las clasificaciones diagnósticas)*

Según el DSM- IV, retraso mental, hace referencia a la capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio, que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa, de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de si mismo, vida doméstica, habilidades sociales, interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, funcionalidad académica, trabajo, ocio, salud y seguridad. (no necesariamente estático de por vida)

Ahora bien; en el campo de la AT, hay muchas dificultades para el diagnóstico del RM, teniendo en cuenta la explicación dada en otros temas, en nuestro espacio de trabajo, no podemos hablar de un diagnóstico cerrado y estático, pues hablamos de la plasticidad del SNC hasta los 3 años de EC aproximadamente; por lo tanto:

- ✚ Usaremos CD (cociente de desarrollo) no CI (coeficiente de desarrollo)



ATENCIÓN TEMPRANA

- ✚ Las escalas de desarrollo, no siempre son eficaces, porque no lo pueden medir todo, sirviendo más como instrumento de guía para el profesional que para diagnóstico.
- ✚ Hay que tener en cuenta que aún no está completado el proceso de maduración (como se ha señalado anteriormente)
- ✚ No existen características físicas específicas asociadas al retraso mental
- ✚ Las características físicas son propias del síndrome o daño orgánico
- ✚ No existen pruebas de laboratorio o imagen que reflejen unívoca y directamente el retraso mental

SIGNOS DIFERENCIALES DEL RM: muchas veces, podemos confundir los trastornos señalados a continuación con retraso mental y no siempre van asociados:

- ✚ Trastornos motores graves
- ✚ Trastornos del aprendizaje
- ✚ Trastornos de la comunicación
- ✚ Trastornos generalizados del desarrollo

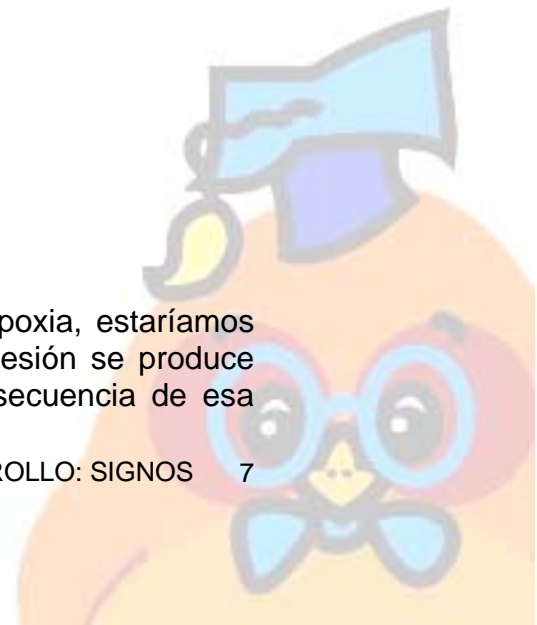
FACTORES PREDISPONENTES DEL RM:

- ✚ Herencia : 50 %
- ✚ Alteraciones tempranas del desarrollo embrionario: 10%
- ✚ Problemas del embarazo perinatales: 10%
- ✚ Enfermedades físicas contraídas en la infancia: 5 %
- ✚ Influencias ambientales y otros trastornos mentales: 15-20 %

Otra de las equivocaciones que suelen ser muy comunes cuando intercambiamos la información, es la mala utilización de la terminología, por lo que haremos un pequeño repaso de los términos que en un informe podemos encontrarlos :

- ✚ Patología
- ✚ Impedimento
- ✚ Discapacidad
- ✚ Incapacidad

Pongamos un ejemplo práctico: una lesión por hipoxia, estaríamos hablando de una patología. Si a consecuencia de esa lesión se produce una diplejía, hablaremos de un impedimento. Si a consecuencia de esa



ATENCIÓN TEMPRANA

diplejía se produce una dificultad en la marcha (por ejemplo que afecte al lado izdo del cuerpo) hablaremos de una discapacidad; a consecuencia, esa dificultad de la marcha va a acarrear una incapacidad para caminar, subir escaleras etc

Otro ejemplo, una disfunción cerebral, sería una patología que produce un impedimento, por ejemplo, una dislexia, la cual producirá en el sujeto una incapacidad ó dificultad (dependiendo del grado de afectación) en las tareas de lectura en la escuela.

Hasta ahora, hemos nombrado signos de alarma que pueden alertar a profesionales que por unos motivos o por otros, están en contacto con estos niños y sus familias; pero no debemos olvidar que el enfoque actual de la Atención temprana es correspondiente a un modelo biopsicosocial, por lo que existen otros factores de riesgo que , establecidos de una manera global para todo el territorio nacional se desarrollan en el Libro Blanco de Atención Temprana y que serán analizados en el siguiente tema.

SIGNO DE ALARMA. EL GRAN PREMATURO

En AT, en los últimos años, está teniendo lugar un fenómeno que merece un apartado especial en el temario, por el aumento del número de casos en nuestro país de un modo generalizado. Hacemos referencia a la gran prematuridad de los bebés.

Según el estudio publicado por la Doctora Pallás, entre otros (ver *bibliografía*) entre el 75% y el 80% de los niños menores de 1.500 gr. no presenta secuelas a los 2 años. No obstante, los niños que presentan alteraciones en el desarrollo han de ser diagnosticados lo más precoz . posible y entre estos hay un alto porcentaje de prematuros. Para entender mejor esto, vamos a repasar el por qué es necesaria la especial atención en estos niños:

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO PREMATURO:

DEFORMIDADES FÍSICAS:

(macrocefalia relativa, escafocefalia, ojos saltones, paladar ojival, tórax plano, pies valgos) Estas deformidades son consecuencia del crecimiento sobre las superficies duras de la incubadora y no del medio líquido intrauterino. El apoyo permanente de la cabeza y del cuerpo sobre el colchón, junto a la escasa movilidad inicial y el escaso tono muscular, hacen que se moldee con las deformidades descritas; con el crecimiento y desarrollo posterior tienden a disminuir o desaparecer, no debiendo ser objeto de sospecha de malformación.



RETRASO EN EL CRECIMIENTO:

Tras su nacimiento, su crecimiento se detiene a veces por semanas. Al alta hospitalaria, las medidas de crecimiento suelen ser inferiores a las de 1 niño nacido a término que tenga su misma ec; todo ello indica un déficit nutricional de difícil compensación posterior. El peso se afecta en mayor medida que la talla

RETRASO PSICOMOTOR:

Está lentecido durante los primeros años; ello induce a cometer errores diagnósticos. De especial interés es el conocimiento de la hipertonía transitoria del prematuro y del retraso motor simple, caracterizada por un aumento del tono muscular que se detecta entre los 3 y los 18 meses de edad, no asociándose a secuelas neurológicas. Parece que en su aparición influye la ausencia de la flexión fisiológica que ocurre al final de la gestación y el hecho de que los músculos inmaduros pasan a soportar la acción de la fuerza de la gravedad cuando aún no estaban preparados para ello.

ENFERMEDADES DEL PREMATURO EN EL SEGUIMIENTO:

Infecciones de nariz oídos y garganta, son más comunes en ellos por su inmadurez y deformidades faciales, habiendo sido portadores durante días de tubos; El reflujo gastro-esofágico favorece más el déficit de crecimiento.

Se hacen más habituales los problemas respiratorios, como la bronquitis espástica de repetición, sobre todo en niños con displasia broncopulmonar o en los que adquieren en los primeros meses de su vida extrahospitalaria infecciones virales causantes de bronquiolitis

PROBLEMAS DE DESARROLLO NEUROLÓGICO:

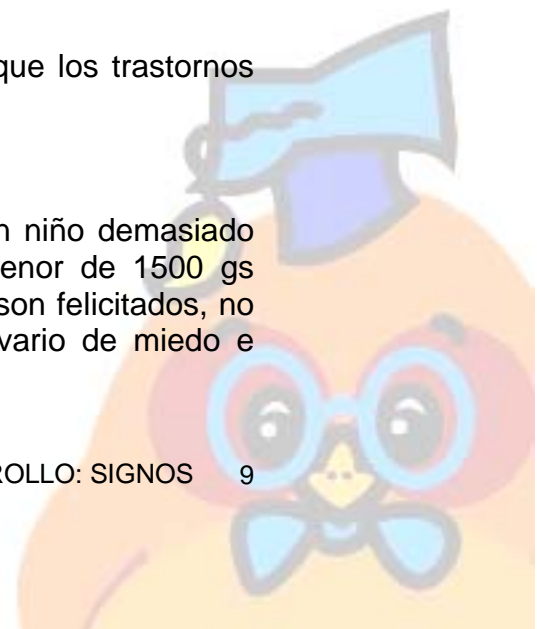
La secuela más importante, es la parálisis cerebral infantil, apareciendo aproximadamente, en el 10% de estos niños, realizando de manera difícil un diagnóstico fiable antes del año y medio de ec; las pequeñas torpezas al caminar o las incapacidades para la manipulación fina son los extremos de una amplia gama de limitaciones.

PROBLEMAS SENSORIALES:

Son más frecuentes en los prematuros., al igual que los trastornos psíquicos y del comportamiento.

APOYO A LA FAMILIA:

Ninguna pareja o persona está preparada para un niño demasiado pequeño o demasiado inmaduro. Un niño con peso menor de 1500 gs causa un profundo trastorno en la familia; los padres no son felicitados, no se les hacen regalos y es el principio de un largo calvario de miedo e incertidumbre.



ATENCIÓN TEMPRANA

La visión del niño como no era soñado, unido a unos primeros días o meses de acumulo de información sobre su salud y un incierto pronóstico tanto de supervivencia como de integridad a medio y largo plazo, dificulta profundamente el establecimiento de la relación con el hijo. Cuando la aceptación familiar no es óptima, pueden aparecer más frecuentemente trastornos de adaptación y de comportamiento familiar, tal como la sobreprotección y el maltrato.

NÚMERO ELEVADO DE PREMATUROS:

A modo de ejemplo, el Hospital Doce de Octubre de la Comunidad de Madrid atiende a más de 5.000 recién nacidos a fecha del año 2000; entorno a 700 neonatos ingresan por diferentes motivos y en particular 300 lo hacen en cuidados intensivos. **Un 30% de esos ingresos lo constituyen los rn. con peso de nacimiento menor de 1500 gr.**

AUMENTO DE SUPERVIVENCIA DE LOS MÁS PEQUEÑOS:

Actualmente la mortalidad de estos niños se concentra, casi de forma exclusiva en los niños menores de 750 gr. y en los menores de 26 semanas; incluso en este grupo, la supervivencia va aumentando.

JUSTIFICACIÓN DE LACTANCIA MATERNA:

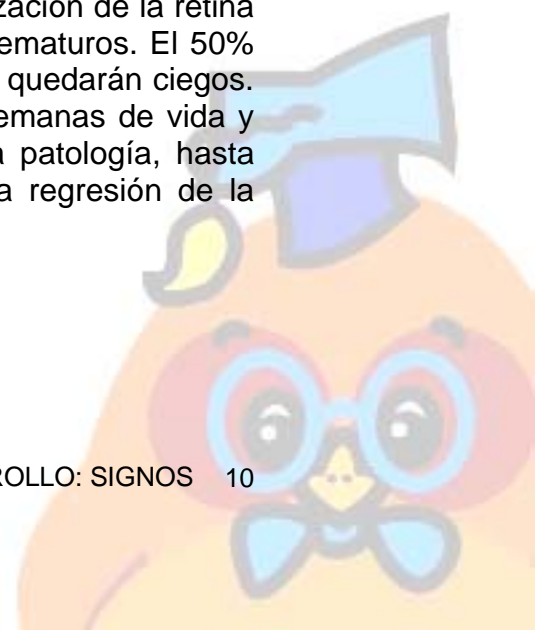
El cerebro del feto de 6 ó 7 meses de gestación es un órgano con extraordinaria actividad, en el que se producen fenómenos determinantes de proliferación, migración y organización neuronal. Cuando el nacimiento ocurre muy precozmente, el desarrollo cerebral en las primeras semanas de vida extrauterina es mayor que el que va a ocurrir a lo largo de toda la infancia. Esta gran actividad celular necesita un alto aporte de energía y de sustratos necesarios para construir el tejido nervioso. Del mismo modo que sucede con los nacidos a término, la leche materna, un fluido biológico muy complejo y evolucionado, ha demostrado contribuir a al maduración del SN de forma ideal, obteniéndose en la población de prematuros alimentados con ella mejores parámetros de desarrollo mental a los 2 y 8 años.

DETECCIONES SISTEMÁTICAS:

✚ Cribado de la retinopatía del prematuro:

Esta, es una enfermedad que afecta a la vascularización de la retina y condiciona de manera determinante el futuro de los prematuros. El 50% de los ojos que alcanzan un grado 3 (más) de retinopatía quedarán ciegos. Las exploraciones del fondo del ojo se inician a las 6 semanas de vida y posteriormente cada 2 semanas, o antes, si se detecta patología, hasta comprobar la completa vascularización de la retina o la regresión de la enfermedad.

✚ Detección de lesión cerebral: (LC)



ATENCIÓN TEMPRANA

La presencia de LC es el determinante pronóstico más relevante, de vital importancia para la información de los padres, la toma de decisiones y para orientar la atención que debe proporcionarse al niño de seguimiento. El conocer la existencia de LC, evita ciertas maniobras y tratamientos que podrían incrementar su gravedad. Se realiza eco cerebral a todos los RN menores de 1500 gr. a los 2, 7, 28 días y antes del alta hospitalaria

✚ Detección de citomegalovirus congénita o adquirida:

La presencia es más elevada en los GP y se asocia a un riesgo elevado de secuelas, sobre todo hipoacusia. Se realiza un cultivo de orina al nacer, 7 días ,28 y al alta hospitalaria. Toda la sangre que se trasfunde se pasa por filtros desleucocitadores con objeto de evitar la transmisión del citomegalovirus a través de esta vía.

✚ Detección de situación social crítica:

En varios estudios se ha demostrado que cuanto menor es el nivel socioeconómico de la familia, mayor es el riesgo de tener un bebé de bajo peso, apareciendo además mayor frecuencia de alteraciones en el desarrollo. Estas familias que previamente al nacimiento del niño se encontraban en situación precaria, tienen que asumir el cuidado de un niño que va a requerir, en muchas ocasiones cuidados especializados. En los primeros días de vida del niño los trabajadores sociales realizan una valoración de la situación familiar.

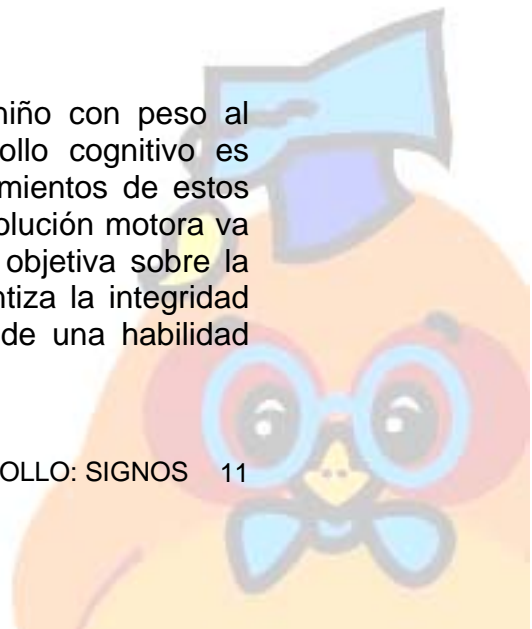
Durante los últimos 10 años, en la maternidad del 12 de Octubre de Madrid, nacieron 63.952 niños, de los que 716 tuvieron un peso al nacer menor de 1500 gr., lo que supone un 1,1% de todos los nacidos. La proporción de menores de 1500gr no ha disminuido, incluso tiende a incrementarse. La mortalidad de los niños de muy bajo peso ha descendido de manera significativa (del 41 % en el año 90 al 7% en el 99), con lo que el número absoluto de niños susceptibles de presentar algún tipo de minusvalía se ha ido incrementando a lo largo del tiempo.

EVOLUCIÓN DE ESTOS NIÑOS:

La evolución de estos niños se va a referir por áreas del desarrollo:

Desarrollo motor:

Durante los primeros meses de la vida de un niño con peso al nacimiento menor de 1500gr la valoración del desarrollo cognitivo es compleja. Los profesionales que participan en los seguimientos de estos niños, prestan mucha atención al desarrollo motor. La evolución motora va a ir proporcionando una información válida y fácilmente objetiva sobre la evolución del niño. Un desarrollo motor normal no garantiza la integridad neurológica del niño, pero el retraso en la adquisición de una habilidad



ATENCIÓN TEMPRANA

motora alerta al pediatra de la existencia de un retraso en el desarrollo. Suelen aparecer en ellos:

Hipertonía transitoria; hipertonía de progresión cefalocaudal, simétrica, sin otras alteraciones neurológicas y que se desenvuelve antes de los 18 meses, de EC. Se manifiesta inicialmente por retracción escapular en los primeros 6 meses, cuando se resuelve la hipertonía de los miembros superiores puede aparecer un aumento del tono en los miembros inferiores.

Retraso motor simple: retraso en las adquisiciones motoras con exploración neurológica normal o con ligera hipotonía. Suele aparecer en niños que presentan múltiples problemas médicos o en aquellos con retraso ponderal importante. Se considera que existe un retraso en las adquisiciones motoras cuando la sedestación aparece después de los 9 meses de EC o la marcha después de los 16 meses de EC.

A los 2 años de EC, hay 3 posibles resultados motores:

- ✚ **Niños con desarrollo motor normal:** considerado así cuando la exploración neurológica es normal y se ha adquirido la sedestación sin apoyo y la marcha automática
- ✚ **Niños con PC:** complejo sintomático caracterizado por alteraciones motoras, generalmente de carácter espástico, no progresivas, secundarias a una lesión del sistema nervioso central producida por estadlos precoces de su maduración y que se pueden acompañar o no de otros tipos de deficiencias. La espasticidad se reconoce por la presencia de un tono muscular incrementado e hiperreflexia.
- ✚ **Niños con otra alteración neurológica distinta a la PC:** son niños con otras enfermedades conocidas que determinan una alteración neurológica, tal como las malformaciones cerebrales o las cromosopatías.

CONCLUSIONES:

En este tema, hemos hecho un repaso de todos aquellos signos de alarma que desde nuestros distintos puestos de trabajo debemos de tener en cuenta a la hora de derivar o plantear la derivación a un CDIAT. todo el desarrollo de la documentación que se aporta, está pensado no para volvernos expertos ni especialistas, sino para darnos cuenta de la importancia que tiene la detección precoz en los niños a modo de evitar intervenciones de tipo secundario o terciario, impulsando en la medida de lo posible todas las actuaciones preventivas que se puedan llevar a cabo con una buena observación y teniendo en cuenta los factores de alto riesgo.

