

MANEJO DEL RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Definición: lentitud y/o anomalía de las adquisiciones de los primeros hitos del desarrollo en niños menores de 5 años.

El desarrollo o adquisición de funciones o habilidades sigue una secuencia progresiva, continua y constante, y se precisa completar una etapa para alcanzar la siguiente.

Factores necesarios para un adecuado DPM:

- Integridad y maduración correcta del SNC y los órganos de los sentidos
- Entorno psicoafectivo adecuado y estable
- Estimulación adecuada

Factores de riesgo:

Factores riesgo biológico

Peso al nacimiento <1.500g o edad gestacional <34 semanas.

Recién nacido (RN) pequeños para la edad de gestación.

Asfixia perinatal.

Test de Apgar <3 a los 5' y evidencia de disfunción neurológica.

Retraso en el inicio o ausencia de respiración espontánea <5' que requiera ventilación mecánica.

Evidencia clínica de anomalías del SNC.

Hiperbilirrubinemia >20mg/dl en RN a término.

Trastornos genéticos, dismórficos o metabólicos específicos.

Historia de infección prenatal o del recién nacido.

Factores riesgo psico-social

Familia en situación de pobreza

Progenitor adolescente

Progenitor con trastorno mental o emocional importante

Progenitor con deficiencia sensorial severa.

Familia con historia de malos tratos a otros hijos,...

¿Quiénes deben de realizar la supervisión del DPM?

El Pediatra de Atención primaria es quien debe realizar la evaluación del DPM en todos los controles del niño sano hasta los 5 años de edad. El objetivo consiste en última instancia, en detectar trastornos del desarrollo e intervenir precozmente. Para ello será necesario:

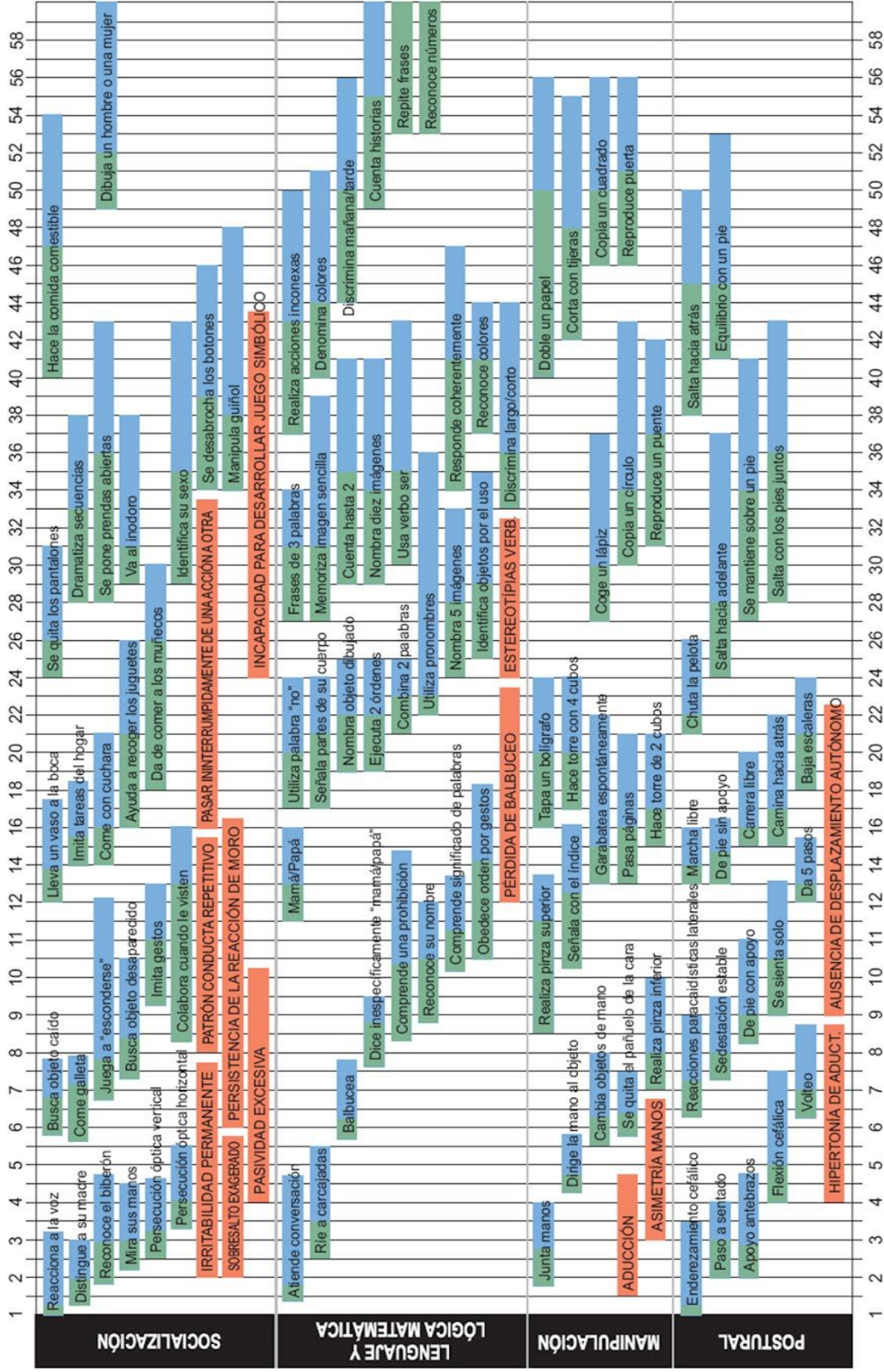
- Atender las preocupaciones de los padres
- Aplicar sistemas de cribado
- Evaluar los sistemas sensoriales.
- Derivar adecuadamente al especialista.

¿Cuándo debo de realizar el screening?

Deberemos de realizarlo en **TODAS** las revisiones del niño sano.

¿De qué herramientas dispongo en la consulta para realizar el screening?

- **Escala de Haizea -Llevant:** para la interpretación del test, se traza una línea vertical partiendo desde la edad en meses del niño y atravesando dichas áreas. Hay que valorar que realice los elementos que quedan a la izquierda de la línea trazada o aquellos que atraviesa la línea. En el caso en el que se constate la falta de adquisición de dichos elementos en una o varias áreas, así como la presencia de señales de alerta nos llevará a la sospecha de un retraso psicomotor.



- **MCHAT**: se recomienda realizarlo en la revisión de los 24 meses y en todo niño con signos de alarma de trastorno espectro autista, tales como:

- No balbuceo ni gestos a los 12 meses.
- No palabras sencillas a los 16 meses.
- No frases espontáneas a los 24 meses.
- Cualquier pérdida de lenguaje o habilidad social a cualquier edad.

- **CUDAP** (Centre Universitari de Diagnòstic i Atenció Primerenca de la Universitat de Valencia): es un centro enfocado a aquellas **familias** con hijos/as que presentan algún trastorno del neurodesarrollo o riesgo de padecerlo. Encontrarás un link, en el que los padres podrán realizar un test en casa para evaluar el DPM, que podrán imprimir y llevar a la consulta

Signos de alarma

- **Signos de alarma según edad cronológica:**

Área Evaluada	SEÑALES DE ALERTA
Socialización	<ul style="list-style-type: none"> • No sonrisa social > 2 meses • No fija la mirada > 2 meses • Irritabilidad permanente (2m) • Sobresalto exagerado (2m) • Pasividad excesiva (4m) • Persistencia del reflejo de Moro (6 m) • Pasar ininterrumpidamente de una actividad a otra (16 m) • No desarrollo del juego simbólico (24 m)
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de balbuceo (12m) • Estereotipias verbales (24 m) • Lenguaje incomprensible > 36 meses
Manipulación	<ul style="list-style-type: none"> • Aducción permanente de los pulgares (2m) • Asimetría de actividad con las manos (3m)
Postural	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertonía de aductores (4 m) • No sujeción cefálica > 3 meses • Ausencia de desplazamiento autónomo (9m) • No deambulación > 18 meses

- **Signos de alarma a cualquier edad:** movilidad, tono o postura anormal, movimientos involuntarios (actitud distónica de manos, hiperextensión cefálica...), movimientos oculares anormales, retraso en la adquisición de los ítems madurativos.

Variantes de la normalidad:

Pinza manual entre el dedo pulgar y medio.
 DAI* en forma de gateo, sobre las nalgas, reptando.
 Marcha sin fase previa de gateo.
 Marcha de puntillas (tip-toe gate).
 Rotación persistente de la cabeza.
 Retraso simple de la marcha (9-16 meses).
 Movimientos asociados: sincinesias.
 Retraso en saltar sobre un pie.
 Reflejo Cutáneo-plantar: persistencia de patrón extensor durante los primeros 18 meses.
 *DAI: *deambulación autónoma independiente*

Llegados a este punto, me encuentro en mi consulta y tengo un paciente que no cumple 1 o más ítems del desarrollo y/o presenta algún signo de alarma antes mencionado.

¿Qué pasos debo seguir?

1º Realiza una anamnesis más exhaustiva:

- **Antecedentes obstétricos y perinatales:** TORCH, VIH, tóxicos, fármacos. CIR, edad gestacional, Apgar, cribado metabólico, déficits, vitaminas, desarrollo ponderoestatural.
- **Antecedentes familiares:** Consanguinidad, sordera, retrasos en la familia, epilepsia, enfermedades degenerativas, abortos, muertes tempranas.
- **Factores de riesgo ambiental (falta de estímulo):** nivel cultural parental deficiente, enfermedad psiquiátrica de los padres, malos tratos, actitud materna poco afectiva, cuidados deficientes
- **Historia escolar:** inicio de la guardería, quién se ocupa de su cuidado, apoyo escolar, dificultades concretas

2º **Exploración física**, haz hincapié en el **perímetro cefálico**, rasgos dismórficos, organomegalias.

3º Exploración neurológica detallada.

4º Una vez hayas recogido todos los datos necesarios podrás **rellenar el modelo de plantilla** que te facilitamos a continuación, bien desde Abucasis o en formato papel:

<ul style="list-style-type: none">• Nombre:• Edad:• Tipo de alteración detectada:<ul style="list-style-type: none">- retraso motor- lenguaje- conducta- mixto• Antecedentes familiares:• Antecedentes perinatales:<ul style="list-style-type: none">- embarazo- parto- periodo neonatal• Exploración física:• Signos de alerta:• Escala de desarrollo: Haizea- Llevant (especificando la edad cronológica en meses, el área y el número de ítems fallados)• MCHAT
--

5º Solicita pruebas complementarias según sospecha:

Desde atención primaria:

- **Bioquímica general:** incluye ácido úrico, CPK, fosfatasa alcalina, Ca, P, Mg, y resto de iones, función hepática y renal, T4 y TSH.
- **Ecografía transfontanelar** (si fontanela abierta): si dismorfia, malformaciones de otros órganos, macro-micocefalia, epilepsia o déficit motor

- **Estudio oftalmológico:** ante anomalías corneales, de cristalino, retinianas, colobomas, estigmas de neuroectodermosis, antecedentes familiares de ceguera.

Desde Neuropediatría:

- **PEAT:** si retraso del lenguaje, sordera familiar, malformaciones craneofaciales, infección congénita, exprematuridad, o sospecha de déficit auditivo en la exploración.
- **Aminoácidos, lactato y amonio** en sangre. Ácidos orgánicos y mucopolisacáridos en orina. Sólo si existen datos clínicos que sugieran errores congénitos del metabolismo
- **Cariotipo y X frágil.**
- **Estudio genético según sospecha.**
- **HCG-array:** diagnóstico etiológico.
- **RMN:** si dismorfia, malformaciones de otros órganos, macro-micocefalia, epilepsia o déficit motor
- **Informe CDIAP.** Brunet-Lezine.

6º Deriva a un Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Primerenca (CDIAP)

Todos los niños con retraso en el desarrollo psicomotor deberán ser derivados al centro de estimulación precoz. Este centro, está formado por un equipo interdisciplinario integrado por los siguientes profesionales (psicólogos, técnicos de atención en logopedia, fisioterapeutas y auxiliares) y constituye el pilar más importante del tratamiento y apoyo en primera instancia de estos niños y sus familias.

El pediatra deberá contactar telefónicamente (962869202) y remitir con el informe correspondiente al paciente a la siguiente dirección: Pla. Bennacer, 1 cantó C/Abad Solá-46701 Gandia (Valencia).

Se podrán remitir niños **hasta los 42 meses de edad.**

7º Criterios de derivación:

- **A Urgencias pediátricas:** clínica compatible con hipertensión intracraneal.

- **A Neuropediatría:**

- **Preferente:**

- Regresión psicomotriz o estancamiento
- MCHAT positivo (2 ó + ítems críticos y 3 en el resto)
- Macrocefalia progresiva
- Sospecha de sordera

- **Ordinaria:**

- Alteración en la exploración física y/o neurológica (*según sospecha diagnóstica y bajo criterio del Pediatra se derivará de forma preferente u ordinaria).

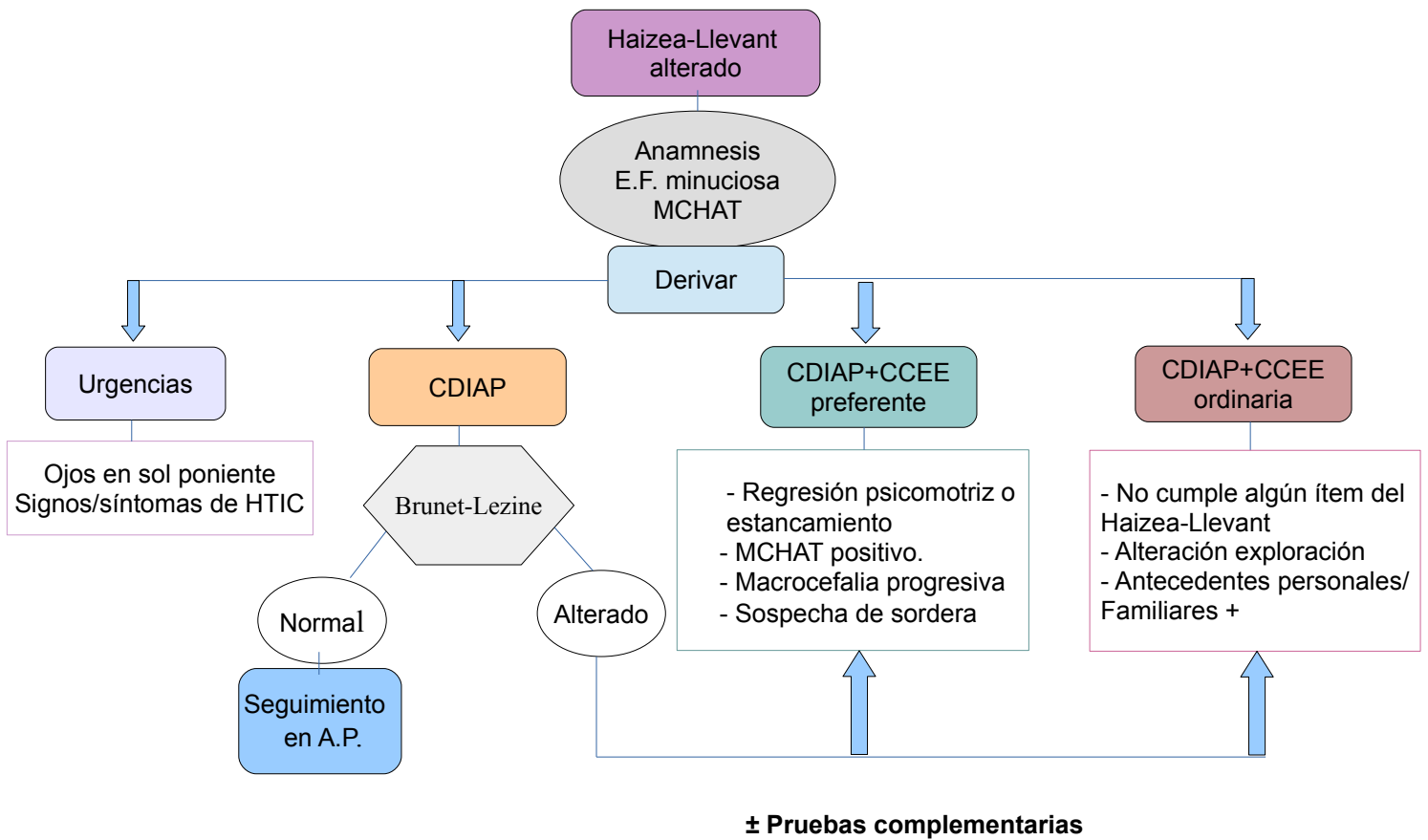
- Antecedentes familiares, en el embarazo y perinatales positivos.
- No cumple algún ítem del Haizea-Llevant.

8ª Seguimiento en consultas:

Debe de realizarse un seguimiento evolutivo de los paciente con retraso del DPM en todos los casos.

9ª Informa a los padres:

Debemos escuchar y atender a las preocupaciones de los padres en la consulta. La información debe ser clara y concisa, evitando dar diagnósticos erróneos y poniendo etiquetas a estos niños, pues no sabemos con seguridad cuál va a ser su evolución.



Bibliografía:

- Desarrollo psicomotor del niño y su valoración en atención primaria. A. Iceta, M.E. Yoldi. Anales Sis San Navarra 2002, VOL25. Suplemento 2.
- Desarrollo psicomotor : Características evolutivas de 1-3 años, signos de alerta. Manejo terapéutico. P.Póo. Servicio de Neuropediatría. HSJD. Barcelona. V Reunión de la sociedad Asturiana de Pediatría de Atención Primaria.
- Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor. Trastornos generalizados del desarrollo. J. López Pisón, L.Monge Galindo. Rev. Pediatría Aten Primaria Supl. 2011;(20):131-44
- El pediatra y la evaluación del desarrollo psicomotor. L. Schonhaut, J. Álvarez, P. Salinas. Revista Chilena de Pediatría. Noviembre 2008.
- Retraso psicomotor J. Narbona, E. Sschlumberg. Asociación Española de Pediatría. Protocolos AEP año 2008
- Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el Pediatra de Atención Primaria. A. Gómez y cols. Revista Pediatría de Atención Primaria.Vol XI. Número 41. Enero/marzo 2009.
- Manual de Neurología Infantil. A. Verdú. Editorial Panamericana. 2ª Edición.
- Valoración del desarrollo psicomotor. UAM.
- Signos de alarma en el desarrollo psicomotor. MJ Martínez González. Neuropediatría. H. U. Cruces. Barakaldo. Bizkai
- Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra. MJ. Álvarez Gómez, J. Soria Aznarb, J. Galbe Sánchez-Venturac Grupo de Pediatría del Desarrollo de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).