

Características del lactante de riesgo en nuestro programa de atención temprana

M.P. Salvador Dueso¹, M.T. Sabater Querol²

¹Jefe de Sección del Servicio de Rehabilitación. ²FEA. Servicio de Rehabilitación. Hospital Comarcal de Vinaròs. Vinaròs (Castellón)

Resumen

Introducción: Hemos realizado un estudio sobre 18 niños que estuvieron recibiendo atención temprana en el Colegio de Educación Especial «Baix Maestrat» durante el curso escolar 2003-2004 y fueron revisados en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Comarcal de Vinaròs.

Pacientes y métodos: Los lactantes de riesgo, remitidos por el pediatra y evaluados por el médico rehabilitador, quedan incluidos en un programa de atención temprana.

El seguimiento se realiza hasta que el desarrollo psicomotor es adecuado. En la mayoría de los casos se da el alta al conseguir la marcha, si no hay otras alteraciones añadidas.

Resultados: De los 18 niños estudiados, 10 eran varones y 8 mujeres. La edad de remisión al servicio de rehabilitación fue, en todos los casos, inferior a 24 meses (1 con síndrome de Down, 6 con retraso psicomotor, 2 con hipotonía y 9 prematuros). En la actualidad han sido dados de alta 13 de los 18 niños.

Conclusiones: La «situación de riesgo» más prevalente ha sido la prematuridad. Uno de los factores contribuyentes a esta prematuridad ha sido el embarazo gemelar. Las alteraciones de tipo cromosómico y la parálisis cerebral infantil han disminuido considerablemente en nuestra serie. La atención temprana en todos los casos ha beneficiado el proceso madurativo del lactante de riesgo.

Palabras clave

Atención temprana, prematuridad, desarrollo psicomotor

Abstract

Title: Characteristics of the at-risk infant in our early intervention program

Introduction: We studied 18 children who were enrolled in the early intervention program at the «Baix Maestrat» Special Education School during the 2003-2004 academic year, and whose cases were reviewed by the Rehabilitation Service at the Regional Hospital of Vinaroz in Castellón, Spain.

Patients and methods: These at-risk infants were referred to the service by their pediatricians for evaluation by the physical therapist, after which they were included in an early intervention program.

Monitoring is continued until they acquire a satisfactory level of psychomotor development. In most cases, the infants are discharged from the program once they are able to walk, if there are no other additional alterations.

Results: The group consisted of ten boys and eight girls. All of the infants were less than 24 months old when they were enrolled in the Rehabilitation Service. One child had Down's syndrome, six had psychomotor deficits, two had hypotonia and nine had been born prematurely. Thirteen of the infants have since been discharged from the program.

Conclusions: The most prevalent "risk situation" has been premature birth. One of the elements that contribute to this prematurity is twin pregnancy. The incidences of chromosomal alterations and cerebral palsy are considerably lower in our series as compared to others. Early intervention has had beneficial effects on the development of the at-risk infant in every case.

Keywords

Early intervention, prematurity, psychomotor development

Introducción

La atención temprana es el conjunto de medidas puestas al servicio del niño, su familia y su entorno que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o con riesgo de padecerlos¹.

Hoy en día se sabe que si se estimula de forma adecuada el sistema nervioso central parcialmente lesionado se pueden crear las condiciones óptimas para paliar o reemplazar las funciones que se han perdido (plasticidad cerebral)^{2,3}.

Por ello, es necesario estimular el organismo durante el periodo de crecimiento, para acelerar el desarrollo en el área

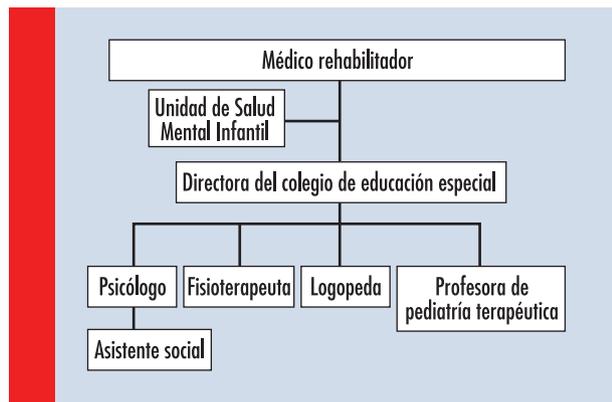


Figura 1. Componentes del equipo de atención temprana

motora, sensorial, cognitiva, social, de lenguaje y comunicación, e interrumpir o corregir los defectos que alteran el aprendizaje.

En los primeros años ha de conseguirse la adquisición progresiva del control postural, la marcha, la comunicación y la interacción social; por tanto, deben tratarse aspectos biológicos, psicológicos y sociales en los niños que presentan cualquier trastorno en su desarrollo.

En este marco, hemos querido saber cómo responden nuestros lactantes de riesgo a las actuaciones que estamos llevando a cabo desde el momento en que se remiten al servicio de rehabilitación, y uno de nuestros objetivos principales es que a los 3 años puedan ser escolarizados en un colegio ordinario.

Para ello, hemos realizado un estudio de los niños que estuvieron recibiendo atención temprana en el Colegio de Educación Especial (CEE) «Baix Maestrat» durante el curso escolar 2003-2004 y fueron revisados en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Comarcal de Vinaròs.

Pacientes y métodos

Los lactantes de riesgo, remitidos por el pediatra, entran en el circuito asistencial por medio de la visita del médico rehabilitador, que los valora y los deriva hacia los profesionales que precisen.

Consideramos lactante de riesgo al niño que presenta uno o más factores que influyen negativamente en su desarrollo psicomotor y social. Pueden ser tanto de riesgo biológico —donde destaca la prematuridad— como de riesgo ambiental (p. ej., drogadicción de la madre y nivel socioeconómico bajo)^{4,5}.

El programa de atención temprana se realiza siempre en el CEE «Baix Maestrat», situado junto al hospital (figura 1). En el colegio, estos niños son recibidos por la directora y evaluados por un psicólogo.

TABLA 1

Edad de remisión por sexos

Edad de remisión (meses)	Total de casos (n= 18)	
	Mujeres (n= 8)	Varones (n= 10)
Media de 9 meses (rango de 6 semanas a 20 meses)		
0-3	2	3
>3-6	1	2
>6-9	1	2
>9-12	0	0
>12-15	1	1
>15-18	3	0
>18-21	0	2

El tratamiento lo llevan a cabo los fisioterapeutas, en presencia del padre, la madre (en el 99% de los casos) o el tutor. Con ello se intenta que la madre aprenda a relacionarse con su hijo de la forma más enriquecedora posible, favoreciendo su desarrollo madurativo.

Cuando el niño tiene aproximadamente 24 meses se valora la necesidad de recibir sesiones de logopedia, así como la asistencia al aula de atención global, donde se favorece su socialización mediante juegos pedagógicos.

En ciertos casos, si es necesario, se remite al niño a una unidad de salud mental o se contacta con los servicios sociales de la zona.

El seguimiento se realiza hasta que el desarrollo psicomotor del niño es adecuado. En la mayor parte de los casos se da el alta a los niños cuando aprenden a caminar, si no presentan otras alteraciones añadidas. A continuación, quedan ligados al servicio de rehabilitación mediante visitas esporádicas.

Resultados

Hemos estudiado a 18 niños (10 varones y 8 mujeres) que en el curso escolar 2003-2004 estaban incluidos en el programa de atención temprana.

La edad de remisión a este servicio de rehabilitación fue, en todos los casos, inferior a 24 meses (rango de 6 semanas a 20 meses), con una edad media de 9 meses (tabla 1).

La distribución por edades al finalizar el curso escolar fue la siguiente: 3 años (n= 3), 2 años (n= 6), 1 año (n= 5) y 9 meses (n= 4).

Once casos fueron remitidos por el pediatra del Hospital Comarcal de Vinaròs, 5 por el pediatra del centro de salud y 2 desde el Servicio de Rehabilitación del Hospital General de Castellón.

Por patologías, podemos destacar un único caso de alteración genética (síndrome de Down), y en la mayoría de los casos

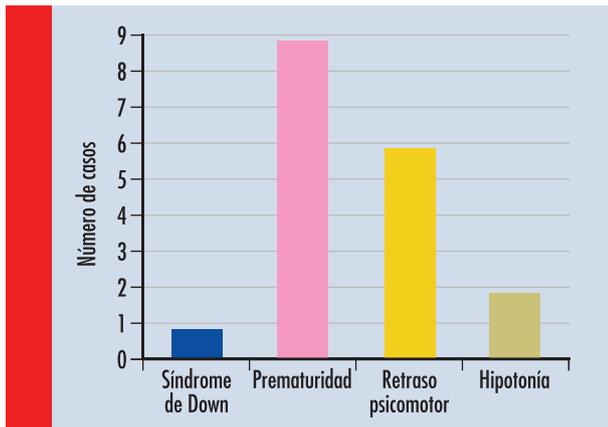


Figura 2. Distribución por patologías

(n= 9) la prematuridad. De ellos, 6 eran recién nacidos de muy bajo peso (<1.500 g), de los que 4 tuvieron un parto gemelar. Con bastante frecuencia se detecta una hipotonía y un retraso psicomotor asociados a la prematuridad (figura 2).

Seis niños fueron remitidos con el diagnóstico de retraso psicomotor y 2 lactantes por hipotonía (asociada a bajo peso o a retraso psicomotor).

Al revisar las historias clínicas podemos observar que los casos que presentaban el diagnóstico de prematuridad fueron remitidos en los primeros meses o semanas de vida. Hay que tener en cuenta que este hospital no dispone de una unidad de cuidados intensivos pediátrica, y algunos de estos bebés ya habían iniciado estimulación precoz en el hospital correspondiente (Hospital General de Castellón u Hospital «La Fe» de Valencia).

Los niños con retraso psicomotor se remitieron prácticamente en su totalidad con más de 12 meses y en relación con retraso en la consecución de la marcha.

Cabe destacar también que los casos con alteraciones leves en la ecografía cerebral o el electroencefalograma fueron remitidos con mayor precocidad, entre las primeras semanas y los 3 meses (n= 5).

Durante el curso 2003-2004, es decir, de septiembre de 2003 a junio de 2004, los 18 niños recibieron tratamiento fisioterápico de estimulación.

Además, 5 precisaron tratamiento de logopedia, que todavía mantienen, y 4 asistieron al aula de estimulación global.

Dos pacientes precisaron actuación ortopédica por alteraciones en los pies (yesos, Bebax y zapatos de horma invertida).

En nuestra serie, salvo los 4 casos que precisaron asistencia al aula de estimulación global y que alcanzaron la marcha alrededor de los 24 meses, el resto consiguió este ítem antes del año y medio.

En junio de 2004, 8 pacientes fueron dados de alta del área de fisioterapia, y 9 en diciembre de 2004 (aunque ya hemos mencionado que 5 niños siguen actualmente en tratamiento logopédico).

Los otros 13 siguen bajo control en las consultas de nuestro servicio, para evaluar su evolución y la integración en la guardería o el colegio, pero muchos dejan de asistir a la consulta a partir del cese del tratamiento fisioterápico.

En la actualidad sólo 1 de estos 18 niños recibe tratamiento de fisioterápico, logopédico y psicológico. Se trata de una niña de 25 meses que está diagnosticada de síndrome de Silver-Russel.

En el niño con síndrome de Down se ha realizado una escolarización combinada.

Discusión

En el análisis de los datos de los niños que durante ese curso estuvieron realizando atención temprana, destaca la prematuridad como la primera causa de remisión de casos a nuestro servicio.

Sin embargo, esto no pasaba con anterioridad. En el curso 1996-1997 estaban en tratamiento 3 niños con síndrome de Down, 11 con retraso psicomotor, 1 con hidrocefalia, 2 con hemiparesias y 5 con parálisis cerebral infantil (PCI). En los últimos años, y dados los avances de la medicina en cuanto al diagnóstico prenatal, el control del embarazo y el parto, y la reproducción asistida, el número de casos de prematuridad, sobre todo por parto múltiple, ha ido en aumento y las alteraciones genéticas han disminuido. En el curso estudiado hemos tratado 9 casos de prematuridad y 1 síndrome de Down (tabla 2).

Los niños con alteraciones en las pruebas complementarias son remitidos más tempranamente, lo que demuestra que estas leves alteraciones se consideran un factor importante para la remisión del niño a rehabilitación.

En los niños prematuros se observa, en general, que la respuesta al tratamiento que les ofrecemos es buena, y antes de los 18 meses logran llegar al nivel madurativo correspondiente a su edad en el aspecto psicomotor. Estos datos coinciden con

Patología	Curso 1996-1997 (n)	Curso 2003-2004 (n)
Síndrome de Down	3	1
Prematuridad	0	9
Retraso psicomotor	11	6
Hipotonía	0	2
Hidrocefalia	1	0
Parálisis cerebral infantil	5	0
Hemiparesia	2	0

otros estudios, que consideran que el primer año de vida es el mejor momento para la indicación de estimulación psicomotora y afectiva, considerando la importancia de la plasticidad cerebral⁶.

Desde el servicio de pediatría nos remitieron 6 niños con el diagnóstico de retraso psicomotor, 4 por retraso en la consecución de la marcha⁷. Parece que este ítem es el más valorado por el pediatra de zona, pues en la anamnesis de estos niños se detectó que ya había un retraso anterior en la sedestación y en algunos otros aspectos, pero no se remitieron hasta el retraso en la consecución de la marcha. Las edades de remisión de estos niños oscilaron entre los 15 y los 20 meses.

Conclusiones

La «situación de riesgo» más prevalente ha sido la prematuridad.

Uno de los factores contribuyentes a esta prematuridad ha sido el embarazo gemelar.

Las alteraciones de tipo cromosómico y PCI han disminuido considerablemente en nuestra serie.

En todos los casos el proceso madurativo del lactante de riesgo ha experimentado un beneficio al quedar incluido en un programa de atención temprana. ■

Bibliografía

1. Cairo Antelo FJ, Blanco Villaverde RF, Díaz García A, Parguiña Fernández G, Gómez Fernández B. La atención temprana en el contexto de la rehabilitación infantil. *Rehabilitación (Madr)*. 1997; 31: 472-476.
2. Doménech J, García-Aymerich V, Juste J, Ortiz A. Rehabilitación motora. *Rev Neurol*. 2002; 34 Supl 1: 148-150.
3. Denhoff E. Current status of infants stimulation or enrichment programs for children with developmental disabilities. *Pediatrics*. 1981; 67: 1-32.
4. Cairo Antelo FJ, Blanco Villaverde RF. Ámbito de la atención temprana. Factores de riesgo. *Rehabilitación (Madr)*. 1997; 31: 477-480.
5. Pallas Alonso CR, De la Cruz Bértolo J, Medina López MC. Apoyo al desarrollo de los niños nacidos demasiado pequeños, demasiado pronto. Madrid. Real Boletín del Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Documentos 56/2000.
6. Ollweiler L, Silva AR, Rotta NT. Estudio del desarrollo psicomotor en pacientes prematuros durante el primer año de vida. *Rev Neurol*. 2002; 35(8): 727-730.
7. Vojta V. Alteraciones motoras cerebrales infantiles. Diagnóstico y tratamiento precoz. Madrid: Morata, 1991.