

Desarrollo psicomotor

MJ. Álvarez Gómez^a, A. Giner Muñoz^b

^aCS Mendillorri. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona. Navarra.

^bCS Mutilva. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Mutilva. Navarra.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9 Supl 2:S57-64

Maria José Álvarez Gómez, mj.alvarez.gomez@cfnavarra.es

Resumen

Los trastornos del desarrollo son un problema frecuente en todos los grupos étnicos y niveles económicos pero muchos no se diagnostican hasta la edad escolar.

La vigilancia del desarrollo y el despistaje de estos trastornos es una de las partes más importantes de las visitas de salud infantil pues hay actualmente evidencia de la eficacia de los programas de atención temprana en niños de riesgo y en aquellos con discapacidades establecidas.

La detección y la derivación precoces son, por tanto, cruciales para estos niños y sus familias y el pediatra de Atención Primaria es el profesional más idóneo para ello dada su accesibilidad y la posibilidad de realizar un seguimiento a largo plazo.

Sin embargo, y a pesar de las frecuentes visitas del niño, muchos de los problemas del desarrollo se escapan a nuestra detección en estos primeros años de vida; pueden influir en ello factores múltiples como la naturaleza sutil de muchos de estos trastornos, especialmente en el caso de retrasos ligeros, la falta de tiempo en nuestras consultas, la carencia de herramientas validadas y adaptadas a nuestra población o la necesidad de entrenamiento en su utilización.

Revisaremos las recomendaciones actuales sobre la vigilancia del desarrollo, la detección de sus trastornos y la adecuada derivación para su evaluación y su tratamiento precoz.

Palabras clave: Trastornos del desarrollo, Retrasos del desarrollo, Vigilancia del desarrollo, Cribado del desarrollo, Atención Temprana, Intervención precoz.

Abstract

Developmental disorders are common across all economic levels and all racial and ethnic groups but many of them are not identified prior to entering school.

One of the most important components of the well-child check-up is development surveillance and screening for developmental disorders because there exists evidence nowadays proving that early intervention programs for children at risk and children with established developmental disabilities are effective.

Therefore early detection and referral is critical for these children and their families and the Primary Care paediatrician is the most suitable professional for this purpose because of his close contact and possibility of long term follow up.

However, many developmental disabilities commonly escape detection in the first years of life despite frequent well-child visits; this may be influenced by many factors such as: the subtle nature of many developmental problems, especially those that are mild delays, lack of time in our practice, lack of standardized developmental tools adapted to our population or need of training in their utilization.

We'll go through current recommendations about developmental surveillance, early developmental disorders detection and correct referral to developmental evaluation and early intervention programs.

Key words: *Developmental disorders, Developmental delay, Developmental surveillance, Developmental screening, Early intervention.*

Introducción

Las visitas programadas del niño en pediatría de Atención Primaria (AP) comprenden un conjunto de medidas encaminadas a la promoción y a la prevención en términos de salud infantil. Una de las actividades centrales de estos programas es la monitorización del desarrollo psicomotor del niño a fin de realizar una correcta detección precoz y una intervención temprana en todos los pequeños que presenten retraso o desviaciones de éste.

En Estados Unidos se estima que el 5-16% de los niños padece trastornos del desarrollo^{1,2}.

Trastornos como la parálisis cerebral infantil o el retraso mental profundo son claramente reconocibles desde edades muy tempranas, pero otras discapacidades como los trastornos del lenguaje, el retraso mental ligero o los trastornos de aprendizaje pueden presentar signos tan sutiles que pueden pasar desapercibidos inicialmente y constituyen lo que se conoce como "patologías no evidentes"³.

Aunque sabemos que la detección precoz de estos problemas es importan-

te, lo cierto es que su diagnóstico en los primeros 5 años de vida se nos escapa con frecuencia, a pesar de las reiteradas visitas de salud que hacemos al niño.

En Estados Unidos se constata que, antes de entrar a la escuela infantil, se identifica a menos del 30% de niños con trastornos del desarrollo⁴⁻⁶ y tan sólo el 15-20% de los pediatras utiliza un instrumento normalizado para hacerlo^{7,8}; la mayoría se fía de su juicio clínico cuando por este método se diagnostica a menos del 30% de niños con patologías como retraso mental, trastornos de lenguaje o de aprendizaje y otros problemas del desarrollo y a menos del 50% de niños con problemas de comportamiento o emocionales.

La importancia del diagnóstico precoz estriba en que hay evidencia de los beneficios de la intervención temprana y, por tanto, posibilidad de mejorar el pronóstico de esos niños⁹⁻¹², pese a lo cual sólo el 1,8% de los niños menores de 3 años recibe atención temprana comparado con el 5% de niños que la necesitan en preescolar, lo que nos indica que no se identifica un número significativo

de niños que podrían beneficiarse de dicha intervención¹³.

Vigilancia y valoración del desarrollo

Pero ¿qué entendemos por desarrollo psicomotor? Existen diversas denominaciones pero quizás la que más se ajusta al tema es la de Illingworth, quien considera que "el desarrollo es un proceso continuo que se inicia en la concepción y culmina en la madurez, con una secuencia similar en todos los niños pero con un ritmo variable en cada uno", mediante el cual el niño adquiere progresivamente una serie de habilidades en distintas áreas¹⁴. Esta adquisición de habilidades, o desarrollo, se sustenta en la progresiva maduración del sistema nervioso central cuya organización sigue una direccióncefalo-caudal y en la que los reflejos primitivos se anticipan a los movimientos voluntarios y luego han de desaparecer para que éstos se desarrollen normalmente. El pediatra debe conocer muy bien todas y cada una de sus etapas y la edad de adquisición de los distintos hitos.

Nada más lejos de ser sencillo. Uno de los más grandes retos al evaluar el desarrollo infantil –especialmente en los primeros años– es definir qué constituye la "anormalidad". Un referente de la neuropediatria como Aicardi nos recuerda que como pediatras hemos sido forma-

dos a partir de casos patológicos sin haber podido ver qué evolución tuvieron esos niños antes de llegar al diagnóstico y cuando trabajamos como pediatras de AP tenemos que dilucidar si lo que vemos es preludio de un trastorno del desarrollo o se trata simplemente de una variante benigna de éste¹⁵.

Habitualmente limitamos el término "desarrollo psicomotor", por consenso, a los primeros 3 años de vida. Y la misma terminología nos indica hasta qué punto cargamos la tinta en lo "motor". Éste es, quizás, peor predictor del desarrollo que aquellas otras capacidades que están cargadas con más intencionalidad y con más significación cognitiva o relacional que el tono o los hitos puramente motrices^{14,15} y que estamos menos acostumbrados a valorar los pediatras.

Hemos visto que un porcentaje importante de niños presenta problemas de desarrollo, así como la efectividad de la intervención temprana en este grupo de pequeños. Ha quedado claro también que sólo accede a tratamiento un pequeño número de casos ya que muchos de estos problemas no se diagnostican hasta la edad escolar.

La responsabilidad del diagnóstico recae sobre el pediatra y, según la Academia Americana de Pediatría, el pediatra de AP es el profesional más idóneo para hacer el

seguimiento del desarrollo infantil¹. Esto es particularmente cierto en el modelo pediátrico de AP en nuestro país, donde somos el primer –y a veces único– referente para muchos niños y familias, tenemos una extraordinaria accesibilidad y la oportunidad de hacer un seguimiento prolongado de los niños hasta la adolescencia. Además, los padres esperan que su pediatra se interese por el desarrollo del niño durante la infancia y adolescencia, esperan que sea competente para identificar sus puntos fuertes y sus debilidades y que tenga conocimientos sobre los recursos disponibles en su comunidad para ayudar a estos pequeños.

Pero ¿cómo vigilar y valorar el desarrollo infantil? La Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care hace una recomendación en contra de la utilización del test de Denver y afirma que la evidencia es insuficiente para aconsejar o desaconsejar la utilización de otras herramientas de screening¹⁶. Un reciente estudio de la United States Preventive Task Force concluye también que hay evidencia insuficiente para recomendar en uno u otro sentido sobre la utilización de instrumentos de cribado en AP para detectar problemas de lenguaje en niños hasta los 5 años de edad¹⁷. Sin embargo, no existen estudios aleatorizados sobre cribado frente a no cribado en niños con las he-

rramientas actuales⁸ por lo que es un tema que continúa abierto a la investigación.

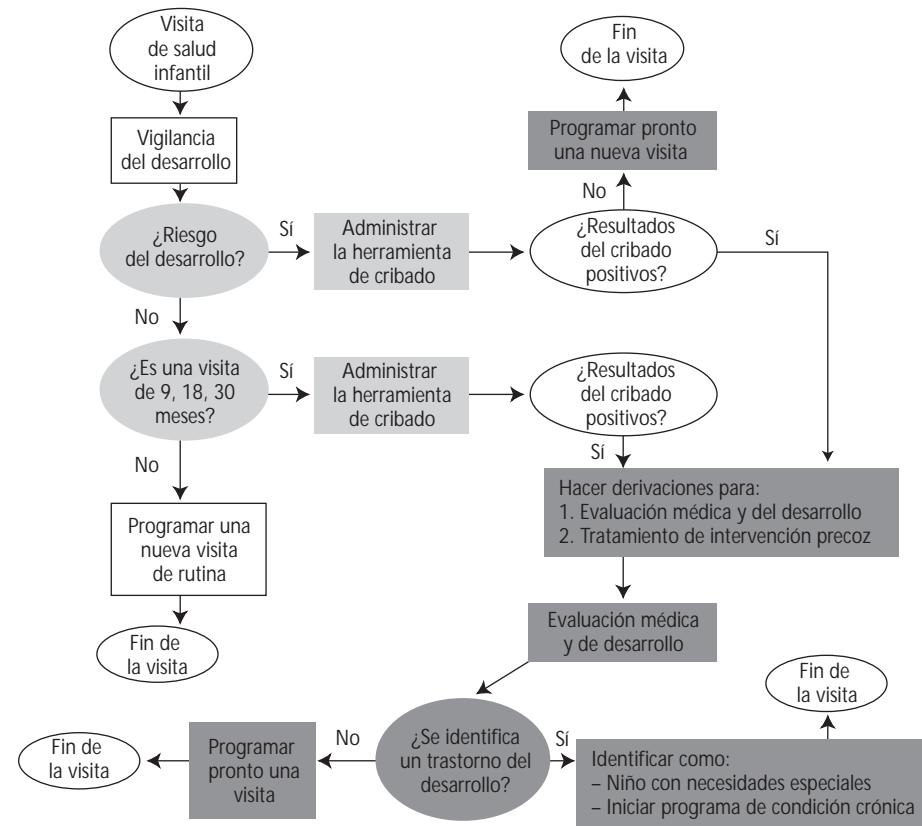
Además, es tal la pléthora de instrumentos y la dificultad para interpretar los resultados que los pediatras siguen adoptando la actitud de “esperar y ver” o de guiarse “por instinto”^{18,19} pese a las recomendaciones.

Consciente de todos estos problemas, la Academia Americana de Pediatría hace una nueva recomendación en 2006 tratando de simplificar la detección de estos trastornos por parte del pediatra²⁰; para ello aporta un algoritmo como estrategia para ayudar a los profesionales a vigilar el desarrollo de los niños desde el nacimiento hasta los 3 años y sugiere que este modelo pueda continuar usándose también más allá de esta edad (figura 1).

La recomendación se resume en que la vigilancia se mantenga en cada una de las revisiones del niño, de forma que cualquier preocupación que surja durante ellas conduzca a la utilización de un test estandarizado para que, de este modo, la identificación precoz de un problema de desarrollo conduzca a la derivación concomitante para el diagnóstico y el tratamiento precoces.

La vigilancia del desarrollo que proponen ha de ser un proceso flexible, longi-

Figura 1. Algoritmo de cribado del desarrollo infantil (AAP Policy. Pediatrics. 2006;118:405-20).



tudinal, continuo y acumulativo. Y debe ser un componente de cada visita preventiva de salud infantil. Se deben utilizar herramientas de cribado estandarizadas cuando esta vigilancia identifica preocupación sobre el desarrollo del niño y de forma universal para todos los niños a los 9, 18 y 30 meses de edad. A los 18 meses recomiendan, además, la administración universal de una herra-

mienta específica para el cribado del autismo.

Cuando el niño tiene un test positivo se deben hacer evaluaciones médicas y del desarrollo para identificar el trastorno de desarrollo específico y los problemas médicos que pudieran acompañarle y, simultáneamente, han de ser derivados a tratamiento de intervención precoz; además, se deben programar pronto visitas

para aumentar la vigilancia del desarrollo. Los niños con retraso del desarrollo deben ser identificados como niños con una enfermedad crónica. Sugieren, además, que todos estos pasos se documenten en las historias detallando de forma precisa todo este proceso, los hallazgos y las actuaciones con el niño.

Mención aparte merece la valoración del desarrollo en niños prematuros. La prematuridad se considera un factor de riesgo biológico y se recomiendan el seguimiento y la atención temprana de estos niños, especialmente de aquellos con peso al nacimiento menor de 1.500 gramos o edad gestacional menor de 32 semanas, aunque estos criterios están actualmente pendientes de revaloración pues se considera que niños de más peso y edad gestacional también podrían ser de alto riesgo²¹. Es importante recordar que en estos niños la valoración del desarrollo se realizará de acuerdo con su edad corregida. La edad corregida se calcula sustrayendo a la edad cronológica del niño las semanas que le faltaban al nacer para llegar a 40 semanas de gestación (por ejemplo, un niño de 24 meses de edad cronológica que nació a las 28 semanas de gestación tendrá 21 meses de edad corregida). No existe consenso sobre la fecha hasta la que debe consider-

rarse la edad corregida; la mayoría de los profesionales lo hace hasta los 2 años, aunque la Academia Americana de Pediatría recomienda últimamente que se utilice hasta los 3 años de edad²².

Implementación del algoritmo de vigilancia y valoración del desarrollo en nuestro medio de Atención Primaria

El seminario propuesto se desarrollará mediante una presentación teórica y apoyo de la sesión con material grabado en vídeo.

Las nociones que se abordarán son las siguientes: desarrollo psicomotor normal, variaciones del desarrollo psicomotor, signos de alerta del desarrollo psicomotor, temperamento infantil, interacción padres-niño, herramientas de cribado del desarrollo, herramientas de valoración del desarrollo y actuación del pediatra de AP ante la sospecha de trastorno del desarrollo.

El algoritmo propuesto por la Academia Americana de Pediatría puede servir de colofón para ser debatido finalmente en el seminario. Veremos hasta qué punto podemos llevar a cabo dichas recomendaciones en nuestro medio: cuáles son nuestros conocimientos, nuestras carencias y nuestros recursos.

Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. Committee on Children with Disabilities. Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics*. 2001;108:192-5.
2. Shevell M, Ashwell S, Donley D, Flint J, Gingold M, Hirtz D, et al. Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*. 2003;60:367-80.
3. Sánchez Caravaca J. Un programa de preventión y atención temprana desde la Administración educativa. *Revista de Atención Temprana*. 2000;3: 29-36.
4. Glascoe FP, Macias MM. How you can implement the AAP's new policy on developmental and behavioural screening. *Contemporary Pediatrics*. 2003;110:85-102.
5. Rydz D, Shevell M, Majnemer A, Oskoui M. Developmental screening. *J Child Neurol*. 2005;20: 4-21.
6. Palfrey JS, Singer JD, Walker DK, Butler JA. Early identification of children's special need: a study in five metropolitan communities. *J Pediatr*. 1987;111:651-9.
7. Smith RD. The use of developmental screening tests by primary care pediatricians. *J Pediatr*. 1978;93:524-7.
8. Hamilton S. Screening for developmental delay: reliable, easy-to-use tools. *The J Fam Pract*. 2006;55:415-22.
9. Barnett SW. Long term effects of early childhood programs on cognitive and school outcomes. *Future Child*. 1995;5:25-50.
10. Majnemer A. Benefits of early intervention for children with developmental disabilities. *Semin Pediatr Neurol*. 1998;5:62-9.
11. Guralnick MJ. The effectiveness of early intervention. In: Guralnick MJ, editor. Baltimore: Paul Brookes Publishing Co; 2000.
12. Reynolds AJ, Temple JA, Robertson DL, Mann EA. Long term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest. *JAMA*. 2001;285:2339-46.
13. Sices L, Feudtner C, McLaughlin J, Drotar D, Williams M. How do primary care physicians identify young children with developmental delays? A National Survey. *Developm Behav Pediatr*. 2003; 24:409-17.
14. Illingworth RS. *El niño normal*. México DF: Manual Moderno; 1993.
15. Aicardi J. Diseases of the nervous system in childhood. In: *Clinics in Developmental Medicine*, Issues 115/118. London: Mac Keith Press; 1992.
16. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Section 2. Pediatric Preventive Care. [Consultado el 08/04/2007.] Disponible en www.ctfphc.org/Full_Text/Ch26full.htm
17. US Preventive Service Task Force. Screening for speech and language delay in preschool children. February 2006. [Consultado el 08/04/2007.] Disponible en www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspschdv.htm
18. Glascoe F. Detecting and addressing developmental and behavioural problems in primary care. *Pediatr Nursing*. 2000;26:251-66.
19. Sand N, Silverstein M, Glascoe FP, Gupta VB, Tooniges TP, O'Connor KG, et al. Pediatricians' reported practices regarding developmental screening: do guidelines work?, Do they help? *Pediatrics*. 2005;116:174-9.
20. Council of Children with Disabilities; Section on Developmental Behavioral Pediatrics; Bright Futures Steering Committee; Medical home Initiatives for Children with special needs project advisory committee. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical ho-

me. An algorithm for developmental surveillance and screening. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Pediatrics. 2006;118:405-20.

21. Grupo de Atención temprana. Libro Blanco de la Atención Temprana. Documento 55/2000. Madrid: Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.

Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalías; 2001.

22. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Committee on Fetus and Newborn. Age terminology during the perinatal period. Pediatrics. 2004;114:1362-4.

