

Protocolo de Actuación en Atención Temprana en Policlínico Universitario Cristóbal Labra. Municipio La Lisa. La Habana.

Septiembre/2011

AUTORES: Dra. Calderín Rodríguez A. L.* Dr. Colomar Rubio. ** Lic. Castillo Medina M.B. * Equipo multidisciplinario de Rehabilitación. ******

*Especialista de 1er Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Instructor. Policlínico Universitario Cristóbal Labra. Ciudad de la Habana, Cuba.

** Especialista de 1er Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Policlínico Universitario Cristóbal Labra. Ciudad de la Habana, Cuba.

*** Lic. En Cultura Física. Policlínico Universitario Cristóbal Labra. Ciudad de la Habana, Cuba.

**** Policlínico Universitario Cristóbal Labra. La Habana, Cuba.

Servicio de Rehabilitación Policlínico Universitario Cristóbal Labra.

INTRODUCCIÓN:

En pediatría los principios básicos se basan; en la pediatría clínica, que estudia la patología en el niño y la patología del niño; la pediatría del desarrollo que evalúa el crecimiento y desarrollo; la puericultura que es la evaluación del neurodesarrollo y el aspecto social que es la combinación sociedad y familia (1).

El movimiento es inherente al ser humano. El desarrollo motor es un proceso de cambio relacionado con la edad del individuo. Los sorprendentes cambios que se producen en la conducta motriz del niño desembocan en la independencia física.

El conocimiento del desarrollo motor es básico para la práctica clínica pediátrica, pero es particularmente importante para aquellos profesionales que tratan a niños que padecen una disfunción motriz como resultado de lesión neural o disfunción músculo esquelética, que puede afectar el potencial para la independencia en la vida adulta. Un programa de tratamiento se desarrolla mejor si se entiende el proceso natural de adquisición de la independencia física. El estudio del desarrollo motor es una rama de la ciencia del movimiento.

El desarrollo de las habilidades adquiridas en el primer año de vida depende de la combinación de la práctica, del crecimiento del cuerpo y de la maduración del SNC. La

práctica de las actividades motrices adquiridas es fundamental para que el niño descubra otras más coordinadas, como correr, saltar, trepar, subir y bajar escaleras, etc.

El neurodesarrollo es un proceso evolutivo, multidimensional e integral, con adquisición de habilidades y respuestas cada vez más complejas, para el logro de independencia y capacidad de interactuar con el mundo y transformarlo. La estimulación temprana es la administración de apoyo a la familia de niños nacidos en riesgo para influir directa o indirectamente en el funcionamiento de los padres, la familia y el niño, viendo la estimulación como proceso activador de funciones biológicas, psicológicas y sociales mediante el binomio actividad – estímulo en las primeras etapas de la vida, teniendo en cuenta la importancia de considerar a la madre como el principal rehabilitador;

La estimulación temprana es importante, pues al estimular tempranamente, activamos procesos en las áreas: motora, cognitiva, sensorial y comunicativa del neurodesarrollo del pequeño que al llegar a la edad escolar ya tendrá instauradas las habilidades mentales, físicas y sociales que tenemos los seres humanos en las primeras etapas de la niñez. Requiere de procedimientos especiales, por no tener el infante creados los mecanismos para resolver problemas o cumplir órdenes de otras personas. Es necesaria en infantes que tienen un retardo en el desarrollo psicomotor (RDPM) (2, 3,4).

El niño nace en actitud fetal, de flexión, hombros aducidos, flexionados y pronados. Codos flexionados, aducidos a la línea media, caderas flexionadas y pelvis elevada, rotación interna de los tobillos. Los movimientos son en golpes, en masas, en bloque, incoordinados, sin objetivos. El recién nacido a partir de los 15 días, comienza con el hociqueo y a levantar la cabeza (en la cuna y al ponerlo en el hombro). El desarrollo es transversal. Los movimientos maduran desde antero posterior, lateral, diagonal y rotatorio. En su desarrollo el niño abre desde la línea media hacia fuera, desde las articulaciones proximales a las distales. La modulación es del centro hacia la periferia.

En el desarrollo psicomotor los meses más importantes son el 4to donde el lactante sigue objetos. Levanta la cabeza, pone manos por delante. Sonríe al estímulo y vocaliza bien; el 9no donde logra sentarse solo y gira el tronco al manipular los juguetes. Se para con ayuda. Hace pinza digital. Cambia de mano primer objeto y acepta otros. Repite monosílabos y el 11no mes donde se para y da pasos apoyado. Busca objeto oculto.

Gira al oír su nombre a cuatro pies. Explora objetos. Sigue instrucciones simples. Imita gestos, toca palmas. Dice mamá, papá y otras palabras.

Para caminar obligatoriamente el niño tiene que sostener la cabeza, sentarse y pararse. El desarrollo motor ha sido descrito como una progresión en dirección cefalo-caudal: el control de la cabeza antes que el control de tronco, el gateo antes que la bipedestación, etc. Aunque, efectivamente, el niño mantiene la cabeza y el tronco en contra de la gravedad antes de arriesgarse a ser independiente en bipedestación hay que tener en cuenta que los miembros inferiores también ayudan a la adquisición de múltiples posturas y movimientos previos a la bipedestación. El control se desarrolla simultáneamente en diferentes partes del cuerpo y de los miembros (4).

Para efectuar el tratamiento se tienen como principios básicos (5):

Sistema Nervioso Central inmaduro con la Edad Cronológica.

Sistema Nervioso Central lesionado o malformado con dificultades entre la inhibición y facilitación.

El aprendizaje se realiza a través de los órganos de los sentidos: el desarrollo es céfalo caudal.

Los fines del tratamiento deben ser realistas, alcanzables y adaptables, tratamiento con carácter individualizado (para no caer en la rutina)

Evaluación y re-evaluaciones periódicas.

Las actividades de autonomía se dividen en seis etapas:

- 1- 0-3 meses.
- 2- 3-6 meses.
- 3- 6-9 meses.
- 4- 9-12 meses.
- 5- 12-18 meses.
- 6- 18-24 meses.

Es fundamental para cada una de las etapas, brindar orientaciones a la familia y principalmente a la madre sobre la importancia de la continuidad y sistematicidad del tratamiento, pues entre madre e hijo existe una mayor conexión de ternura que es facilitador en el proceso de estimulación.

Según Shameroff y Chandler: “Las características biológicas y conductuales de los hijos y la calidad del entorno hogareño transitan y rigen resultados de desarrollo”. Según estudios realizados por la Organización Mundial para la Salud (OMS), el comportamiento del Retardo del Neurodesarrollo es entre el 6 y el 10% de la población infantil a nivel mundial, por lo que requieren algún grado de estimulación; en Latinoamérica es alrededor del 15%.

En el estudio psicopedagógico, social y clínico genético de las personas con retraso mental en Cuba, realizado en el año 2003, plantea que a los efectos de la prevención, el análisis de las tasas también tiene relevancia. El número de niños y las tasas que representan por cada 100 habitantes varía en las diferentes edades, en un rango (tasa de 2,45) en la edad de 14 años, hasta (tasa de 0,07) en la población de menos de 1 año. Esto nos señala que es necesario que todos estemos preparados para identificar cualquier alteración o limitación en algunas de las áreas de desarrollo. Es importante trabajar con todos los niños que nacen en riesgo, incrementando las consultas de neurodesarrollo y de intervención temprana, así como desarrollar la cultura integral de las familias y de toda la población (6).

Muchos especialistas han definido la estimulación o intervención temprana pero todos coinciden en algo “Es fundamental en los primeros cinco años de vida y ésta debe estimularse siempre antes del ingreso a la escuela, que es cuando mejor se adquieren los conocimientos para desarrollar al máximo su potencial psíquico, físico y social”.

La evaluación del niño por los diferentes especialistas requiere de procedimientos muy especiales, por no tener creados mecanismos para resolver problemas o cumplir órdenes de otras personas.

Objetivos:**General:**

Facilitar la toma de decisiones en Rehabilitación, en pacientes tributarios de Atención temprana.

Específicos:

1. Mejorar calidad de vida del paciente y la familia.
2. Utilización racional de los recursos.
3. Reducir los costos de la atención y del tratamiento.

DESARROLLO:

Los pacientes son evaluados y valorados por todo el equipo, con definiciones conciliadas por todos; previa interconsulta con neuropediatría.

Usuarios del Protocolo:

Todo el equipo multi e interdisciplinario del servicio de rehabilitación, Policlínico Cristóbal Labra.

Médico de Familia, Pediatra, Neuropediatra.

Familiares de pacientes.

UNIVERSO:

Todo niño en edades tempranas (lactantes, transicional), con diagnóstico de Retardo del Desarrollo Psicomotor y/o riesgo de discapacidad, perteneciente al área de salud del Policlínico Universitario Cristóbal Labra de La Lisa.

Procedencia de los pacientes:

Todo paciente remitido por el médico de familia, pediatra y/o neuropediatra, Programa de atención materno infantil (PAMI), pertenecientes al área de salud del Policlínico Cristóbal Labra.

Criterios de inclusión:

Todo niño con retardo del desarrollo psicomotor o riesgo de discapacidad, previa evaluación por médico familia, pediatra y/o neuropediatra, Programa de atención materno infantil (PAMI).

Recursos

- **Humanos:** Médico especialista en MFR. Lic. en TFR. Lic. en CF. Lic. en Defectología. Lic. en Logopedia. Asistente de sala.
- **Materiales:** Historia Clínica, tarjeta de tratamiento, hoja de cargo, bolígrafo, colchón, rodillos, cuñas, mesa de vaivén.

PROCEDIMIENTO:

Consulta inicial: Evaluación y confirmación diagnóstica.

Antecedentes Personales: antecedentes del embarazo (normal o riesgo) y parto (normal o distócico); apgar. Características de los padres, para evaluar riesgo social (padres adolescentes, embarazo no deseado, algún retardo mental, condiciones sociales inadecuadas).

Examen Físico: Evaluación del desarrollo psicomotor del niño según su edad cronológica. Actividad refleja normal y reacciones neuromotrices. Los patrones de postura y movimiento, según la etapa de desarrollo en que se encontraba el niño. Evaluación de las áreas cognitiva, sensitiva y de comunicación por cada especialista específico.

Cuando se confirma diagnóstico se indican 20 sesiones de tratamiento basadas en estimulación físico- motora; estimulación cognitiva; estimulación sensorial y la socialización, de forma individualizada a cada paciente y por especialista correspondiente, Se establece un programa de Estimulación Temprana en todas las

áreas del desarrollo, acorde con su nivel de RDPM. Evaluación mensual para incorporar nuevas actividades según habilidades adquiridas.

Valoración a los 6 meses, 12 meses y a los 18 meses por el equipo multidisciplinario: Se evalúan el comportamiento y evolución en todas las áreas del desarrollo.

Cuando se define el alta del servicio se realizan recomendaciones sobre el manejo en el hogar y en casos necesario evaluación anual hasta la edad escolar.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO:

1. Objetivo del tratamiento. Lo que queremos lograr en el niño.

- Apoyo psicológico al paciente o familiar.
- Modular tono muscular.
- Mantener o ampliar arco articular.
- Aumentar fuerza muscular.
- Facilitar reacciones posturales de enderezamiento.
- Socialización.

2. Basado en estimulación físico- motora; estimulación cognitiva; estimulación sensorial y la socialización, de forma individualizada a cada paciente y por especialista correspondiente, Se establece un programa de Estimulación Temprana en todas las áreas del desarrollo, acorde con su nivel de RDPM. Tratamiento Postural, participación activa del familiar que se educa sobre el manejo del bebé.

3. Kinesiología (colchón).

Estimulación propioceptiva general, movilizaciones pasivas. Ejercicios de estiramientos que deben ser lentos y progresivos. Estimulación de la movilidad activa. Fortalecimiento muscular y patrones facilitados de posturas y movimientos para sostén cefálico, de tronco, sedestación, etc., según edad del niño.

4. Mecanoterapia.

Cualquier implemento mecánico que se pueda utilizar para mejorar la rehabilitación.

5. Terapia ocupacional.

Corrección postural.

Coordinación gruesa, media y fina.

Ludoteca. Estimular con juegos.

6. Defectología

Estimulación cognitiva.

7. Logopedia.

Estimulación del lenguaje.

Recomendaciones.

- Orientar a los familiares sobre el manejo postural del niño.
- Apoyo psicológico para los padres.
- Incentivar los logros para practicar en la casa.

Información a familiares

En la primera consulta con la evaluación del neurodesarrollo y el aspecto social, que es la combinación sociedad y familia; se explica y brinda información al familiar sobre el desarrollo, que está dado por la interacción de factores genéticos, que no es más que la herencia genética de cada individuo al nacer y factores ambientales donde se encuentran los biológicos (estado de salud, nutrición. y factores que agredan su SN) así como los psicológicos y sociales (interacción con el medio, vínculos afectivos, percepción del entorno, educación o experiencias) ; esto le permitirá interiorizar acciones de promoción y/o prevención de discapacidades; es fundamental también para cada una de las etapas del neurodesarrollo, brindar orientaciones a la familia y principalmente a la madre sobre la importancia de la continuidad y sistematicidad de la estimulación, así como su participación activa y la de toda la sociedad

Promoción de salud:

Proporcionar información a las personas y familias con riesgos para que, de forma responsable, puedan definir su conducta.

Fortalecer los programas educativos en la población.

Conocer y actuar sobre los grupos riesgos.

Psicoprofilaxis.

Superación continuada de todo el personal de salud sobre el tema.

Charlas e intercambio sobre el tema con el personal de salud en las reuniones de los Grupos Básicos de Trabajos.

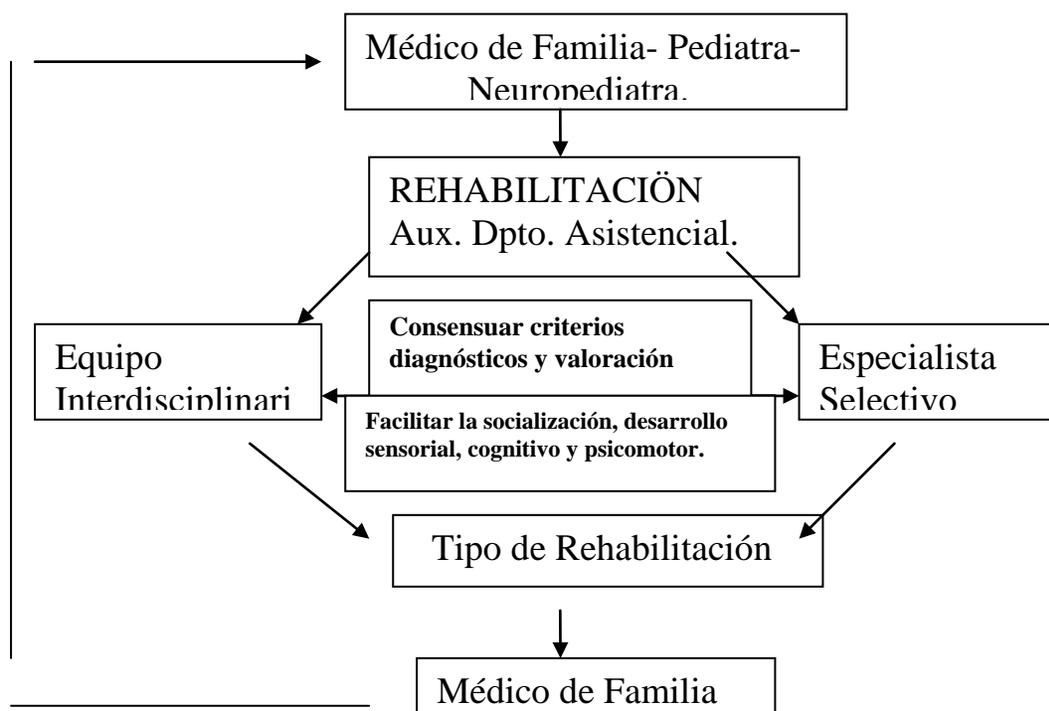
Charlas educativa a familiares y población en general.

Evaluación y Control:

Indicadores de estructura	Plan %	Bueno	Regular	Malo
Recursos Humanos- Personal que compone grupo de trabajo.	95	95		-80
Recursos Materiales- Aseguramiento del equipamiento y los Implementos según Protocolo. - Disponer de recursos para la aplicación de investigaciones.	95 95	95 95		-80 -80
Organizativos- Disponibilidad del diseño organizativo para aplicar el Protocolo. - Historia Clínica de recogida de datos según Protocolo.	95 100	95 100		-80 -100
Indicadores de Procesos	Plan %	Bueno	Regular	Malo
% pacientes enviados a consulta de rehabilitación que cumplieron plan terapéutico.	90	90	80 a 89	-80
% de pacientes con diagnóstico según criterios establecidos por el Protocolo.	90	90	80 a 89	-80
% de pacientes con rehabilitación realizada/pacientes con rehabilitación planificada.	90	90	80 a 89	-80
% de pacientes seguidos según período establecido/Total de pacientes a seguir.	90	90	80 a 89	-80
Indicadores de Resultados	Plan %	Bueno	Regular	Malo
% de pacientes con mejoría según criterios de evaluación y periodos de seguimiento establecidos en el Protocolo	90	90	80 a 89	-80

% de familiares que refieren mejor calidad de vida post tratamiento rehabilitador (encuestas).	90	90	80 a 89	-80
--	----	----	---------	-----

Algoritmo:



Definiciones Operacionales:

- RDPM: Retardo del desarrollo psicomotor.
- SNC. Sistema Nervioso Central.
- Neurodesarrollo: proceso evolutivo, multidimensional e integral, con adquisición de habilidades y respuestas cada vez más complejas, para lograr independencia y capacidad de interactuar con el medio.
- Estimulación temprana: activar procesos en las áreas: motora, cognitiva, sensorial y comunicativa del neurodesarrollo

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Vaughan Mckay, Nelson. Tratado de Pediatría. Tomo I, séptima edición mexicana.
- (2) Hospital Pedro Borrás Astorga. Tratamiento neuroevolutivo o Bobath. Folleto de postgrado; Estimulación temprana.
- (3) Shameroff y Chandler. Características biológicas y conductuales del niño. Folleto de postgrado; Estimulación temprana.
- (4) Segal, Julios. El crecimiento interior del niño / Julios Segal, Herbert Yahraes. Argentina: Ed .El Ateneo, 1982.---294p.
- (5) Silvestre Orama, Margarita. Aprendizaje, Educación y Desarrollo. Técnicas de estimulación del desarrollo intelectual (TEDI) .UNICEF.
- (6) Colectivo de autores. Por la Vida. Casa Editora Abril, segunda edición, 2003.

Bibliografía Consultada:

El programa de Isidoro Candel para niños con Síndrome Down comprendido en las edades de 0-2 años.

El Proyecto Portage que atiende todo tipo de riesgo y comprende las edades de 0-5 años.

Programa de estimulación de Susana Matas.

Programa de Concepción Sánchez Palacios.

Grupo de trabajo de prevención y atención al desarrollo infantil. Documento sobre Atención Temprana. <http://paidos.rediris.es/genysi/atempra.htm>

Libro Blanco de Atención Temprana. Niveles de Intervención en Atención Temprana.

Anexos:**1. Datos generales.**

Nombre _____ Fecha _____

Dirección _____ CI _____

2. Historia enfermedad actual.

Lo que refiere su mamá: Factores pre, peri, postnatal.

APP. Antecedente patológicos personales.

APF. Antecedente patológicos familiares (abuelos maternos, paternos, madres y padres).

3. Sintomatología• **Síntomas objetivos:**

Va encaminado a describir todo lo que se observa:

- **Valoración articular.** A través de movimientos pasivos.
- **Valoración muscular.** Tono muscular. Se ve y se palpa.
- **Reflejos (primitivos) espacio de un año.**
 - Reflejos Moro. Reflejo del susto.
 - Reflejos prensión. Dedo pulgar en Aducción.
 - Reflejos tónicos asimétricos del cuello. A la línea media.
 - Reflejos tónicos simétricos de cuello. Flexión del cuello.
 - Reflejo del espadachín. Un brazo en ABD a 90⁰ con codo en extensión y el otro en ABD a 90⁰ con flexión de codo.
 - Reflejos de paracaídas. Mecanismo de defensa. Empieza a los 6 meses. En la medida en que lo voy sentando le busco el desequilibrio y le pruebo el reflejo.
 - Reflejos Babinski. El pulgar hacia arriba y los demás responden en abanico. Reacción de apoyo más exagerado (tijera).
 - Reflejo opistótonos. Hiperextensión del tronco en supino.
 - Reflejos de tracción. Permite que el técnico pase el dedo para traccionarlo en el intento de subir.
 - Reflejo patelar. Percutir con la pierna suspendida.
 - Reflejos positivo exagerado de cadera. Tijeras.
 - Reflejos cacleo parpadear.

4. Sensibilidad.

Se explorará con un pinchazo, pellizquito, segmentario y bilateral, la respuesta es conservada o abolida. Describiremos la táctil, la térmica y la profunda.

5. Test de coordinación.

6. Reflejo neuromotor.

Importante tener en cuenta el desarrollo motor con la edad cronológica. Todo lo que tiene por sí solo.

- Control cefálico.
- Rolar ambos decúbitos.
- Rectar.
- Sedestación.
- 4 puntos (gateo),
- 2 Puntos.
- Patrón de incorporación.
- Ambulación
- Probar equilibrio de todas las posiciones posibles.



Facilita y acondiciona otras posiciones.

Medios de evaluación:

- Lo tiene.
- Con dificultad.
- No lo tiene.

8. Órganos de los sentidos.

- Sonrisa social.
- Visión.
- Audición.
- Lenguaje o vocalización.
- Ordenes simples.
- Ordenes complejas.

- Agarre palmar o pinzas.
- Modo de alimentación.
- Masticación, deglución.