

Seguimiento del RN < de 1.500 gramos desde Atención Temprana

1.500 gramotik beherako jaioberriaren jarraipena laguntza goiztiarraren bidez

E. Ibáñez de Garayo García

Médico Rehabilitador del equipo de Atención Temprana de Álava.

Los niños RN pretérmino < de 1500 gramos, presentan mayor morbilidad a corto y a largo plazo que los niños RN a término. En el estudio "*Long-term complications of the preterm infant*" (Uptodate 19 diciembre 2017), George T. Mandy ha observado que tienen más riesgo de padecer problemas de salud crónicos y del neurodesarrollo, mayor prevalencia de habilidades cognitivas deterioradas, deficiencias motoras en grado variable (PCI, alteración del desarrollo de la coordinación, retraso motor), aumento en la incidencia de deterioro sensorial (de la visión y la audición) y problemas conductuales y psicológicos. Por este motivo, es importante que se inicie un programa de Atención Temprana, para poder detectar dichas situaciones de forma precoz y poder paliarlas o minimizar sus efectos.

Estos niños cumplen criterios para ser dependientes según la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. La dependencia es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria. En los niños de 0 a 3 años, como resultado de la aplicación de una Escala de Valoración Específica (EVE) recogida en el RD 504/2007, se determina el grado de dependencia, comparando su funcionamiento con el esperado en personas de la misma edad, sin enfermedades, trastornos o lesiones crónicas o de larga duración. La severidad de la dependencia viene dada por el retraso en la adquisición de determinadas variables de desarrollo y/o por la existencia de necesidades de apoyo en la salud, teniendo en cuenta el bajo peso al nacer durante los 6 primeros meses de vida. Existen tres grados de dependencia: grado III o gran dependencia, grado II o dependencia severa y grado I o dependencia moderada, siendo la resolución de carácter no permanente en niños de 0 a 3 años, con revisiones de oficio a los 6, 12, 18, 24 y 30 meses. Tras la recepción de la resolución se elabora

con la trabajadora social el Plan Individual de Atención que determinará las modalidades de intervención más adecuadas a las necesidades del niño. Entre las medidas para su atención, están la prestación económica para cuidados en el medio familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (PECEF), y las medidas de apoyo como la Atención Temprana y rehabilitación de sus capacidades físicas, mentales o intelectuales, ya existentes. Se debe entender, sin embargo, que no es necesario ser reconocido dependiente para acceder a los programas de Atención Temprana, pero es una de las intervenciones para promocionar la autonomía personal en estos niños.

La Atención Temprana es el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al 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 que tienen el riesgo de padecerlos (*Libro Blanco de la Atención Temprana*). En el País Vasco está regulada por el Decreto 13/2016, de 2 de febrero, que amplió la atención hasta los 6 años y propone un modelo de intervención coordinado entre osakidetza, educación y servicios sociales para dar respuesta a las necesidades de los niños.

En primer lugar se hace la valoración por la médico, la psicóloga y la trabajadora social, utilizando el marco conceptual de la CIF1-A (OMS 2007), que propone un modelo biopsicosocial en el que se valoran estructuras corporales, funciones así como la actividad y la participación del niño teniendo en cuenta los factores contextuales: factores personales (internos) y factores ambientales (entorno físico y social). Estos factores contextuales pueden actuar como facilitadores, promoviendo el desarrollo, o como barrera, impidiéndolo.

Se utilizan métodos de valoración neurológica como la *Hammersmith Infant Neurological Examination*, la observación de movimientos generales de Pretchl, escalas de valoración global del desarrollo como la *Bayley III*, la *Brunet-Lezine* o la *Battle Development Inventory Screening test* y otras específicas motoras como la *AIMS* o la *Peabody Developmental Motor Scales -2*. Tras su aplicación se consigue confi-

gurar un perfil funcional del niño y realizar el plan de intervención de Atención Temprana. Dicho plan recoge los objetivos propuestos y las intervenciones que se llevarán a cabo para lograrlos (estimulación global del desarrollo, logopedia y fisioterapia...) su intensidad y el plazo en el que el programa será revisado.

La intervención se realiza por el EIAT (Equipo de Intervención en Atención Temprana), en el CDIAT (Centro de Desarrollo Infantil en Atención temprana).

Se ha visto que la intervención temprana en niños prematuros, tiene influencia positiva en el desarrollo cognitivo y motor, siendo más beneficiosos los programas en los que se aportaba educación a los padres, apoyo psicosocial y formación en el desarrollo de su hijo, los modelos centrados en la familia.

En la intervención se trata de empoderar a los padres para que sean agentes de la promoción del desarrollo de sus hijos, aprovechando los cuidados diarios y haciéndolo en el entorno natural del niño, siendo este un agente activo y mediante actividades significativas para él.

Se interviene sobre los problemas del desarrollo motor, mediante programas de fisioterapia. En casos de parálisis cerebral infantil, con programas de alta intensidad y en casos de retraso motor, mediante pautas para trabajar en el domicilio o programas de baja intensidad. Se ha observado que la fisioterapia en PCI muestra eficacia en prevenir las deformidades y contracturas, mejorar la postura y la independencia funcional, utilizando adaptaciones y ayudas técnicas y la adecuación del entorno del menor (domicilio, escuela infantil...) consiguiendo que su participación sea lo más equiparable posible a sus pares.

Se realiza seguimiento periódico del desarrollo cognitivo, del lenguaje, de patrones de relación y comportamiento por parte de la psicóloga, pautándose programas de estimulación global del desarrollo precozmente, cuando se detectan disfunciones en estas áreas.

Así mismo se inician programas de logopedia ante alteraciones en lenguaje, problemas miofuncionales o hipoacusias moderadas o severas.

Por otro lado, los niños con afectación visual reciben atención por el Centro de Recursos para la Inclusión Educativa del Alumnado con Discapacidad Visual (CRI), organismo dependiente del Gobierno Vasco, que promueve la inclusión educativa y social trabajando en el entorno para paliar esta situación en personas con afectación visual previo informe oftalmólogo.

Un estudio publicado en *Research in Development Disabilities*, octubre 2017, por la doctora Sánchez-Joya, ha observado correlación entre los resultados del test *Perinatal Risk Index Evaluation* (PERI) aplicado al alta hospitalaria en la época neonatal con problemas visoespaciales detectados a los 4-5 años en los grandes prematuros. Las dificultades visoespaciales se han relacionado con dificultades en el aprendizaje de la lectura, por tanto este conocimiento conseguirá que estos niños sean atendidos muy precozmente.

Desde el ámbito educativo, se lleva a cabo el "Protocolo de Seguimiento del Desarrollo Infantil" con el objetivo de detectar posibles alteraciones del desarrollo, realizando un *screening* mediante la aplicación de Escalas de Observación del Desarrollo Infantil (EODIs) en las aulas, y, posteriormente, la detección específica con pruebas estandarizadas para dar respuesta a las necesidades educativas especiales. La coordinación de los casos de los niños en edad escolar se realiza periódicamente mediante reuniones del EVAT, órgano compuesto por representantes de los tres sistemas (Osakidetza, Educación y Servicios sociales) para dar respuesta de forma coordinada, a las necesidades que presentan y mejorar su desarrollo.

Para finalizar, se concluye que es indispensable que los RN pretérmino de menos de 1.500 gramos de peso, dada su morbilidad,

accedan a programas de Atención Temprana que sean coordinados interdisciplinariamente e interinstitucionalmente y que actúen en el entorno familiar y social para lograr su máxima capacidad funcional.

BIBLIOGRAFÍA

- Braddom R. Physical medicine rehabilitation.
- Redondo MA, Conejero JA. Rehabilitación infantil.
- SENeo, AEPap. Protocolo de seguimiento para el recién nacido menor de 1500 gramos o menor de 32 semanas de gestación.
- XIII Curso de actualización medicina física y rehabilitación.
- Curso de especialista en discapacidad infantil.
- Curso de aplicación práctica de la CIF.
- Spittle A, Orton J, Anderson PJ, Boyd R, Doyle LW. Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; (11): CD005495.
- Benzie KM, Magill-Evans JE, Hayden KA, Ballantyne M. Key components of early intervention programs for preterm infants and their parents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013; 13 Suppl 1: S10.
- Puthussery S, Chutiya M, Tseng PC, Kilby L, Kapadia J. Effectiveness of early intervention programs for parents of preterm infants: a meta-review of systematic reviews. *BMC Pediatr*. 2018; 18: 223.
- Perera J. Atención temprana: definición, objetivos, modelos de intervención y retos planteados.
- De Graaf-Peters VB, de Groot-Hornstra AH, Dirks T, Hadders-Algra M. Specific postural support promotes variation in motor behaviour of infants with minor neurological dysfunction. *Dev Med Child Neurol*. 2006; 48: 966-72.
- Sanchez-Joya MDM, Sanchez-Labraca N, Roldan-Tapia MD, Moral Rodríguez T, Ramos Lizana J, Roman P. Neuropsychological assessment and perinatal risk: A study amongst very premature born 4- and 5-year old children. *Res Dev Disabil*. 2017; 69: 116-23.