

El pediatra como puerta de entrada a la detección precoz del niño con Trastornos Generalizados del Desarrollo

Mercedes Benac Prefaci
Servicio de Pediatría
Hospital de Sagunt

Beatriz Beseler Soto
Servicio de Pediatría
Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva

Miguel Tomás Vila
Servicio de Pediatría
Hospital Francesc de Borja, Gandía

I Jornadas Pitiusas, “Pro-salud Mental” Eivissa, Octubre 2008

Estudios realizados durante los últimos 10 años concluyen que una intervención temprana específica, personalizada para el niño y su familia, conduce a una mejoría en el pronóstico de la mayoría de los niños con Trastorno Generalizado de Desarrollo (TGD).

Sin embargo a muy pocos niños con sospecha de TGD se les deriva a servicios especializados antes de los 3 años de edad.

No existen pruebas médicas específicas para su diagnóstico, y éste se basa en la observación y valoración de la conducta del niño, siendo necesario ajustarse a los criterios diagnósticos consensuados internacionalmente.

Son múltiples las manifestaciones en forma e intensidad en la que aparecen dichos trastornos en las primeras edades.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL RETRASO DE LA IDENTIFICACIÓN

FAMILIA: dificultad para interpretar como anormal una “tranquilidad expresiva” o una ausencia de intención comunicativa a partir del 9º mes.

CENTROS SANITARIOS: Carencia de la información necesaria. Tendencia a considerar como problemas leves o transitorios.

CENTROS EDUCATIVOS: Depende del grado de implantación de servicios educativos de 0 a 3 años y de los conocimientos sobre el desarrollo evolutivo de los educadores.

MOMENTO CRÍTICO
En torno al último trimestre del primer año de vida.

Desde esa edad y hasta los 5 o 6 años aproximadamente, se producen y mantienen un gran número de sinapsis.

Registros de la actividad funcional de la corteza frontal muestran un rápido crecimiento del consumo energético.

En torno al año y medio se comienza a desarrollar la inteligencia representativa y simbólica, la autoconciencia y la interiorización de los patrones sociales.

Aparecen las primeras estructuras combinatorias del lenguaje y se inicia el juego de ficción.

A nivel práctico según las líneas marcadas por Filipek et al, de la Academia Norteamericana de Neurología se diferencian dos niveles:

Nivel 1: Vigilancia del desarrollo

Nivel 2: Detección específica.

Nivel 1: Vigilancia del desarrollo

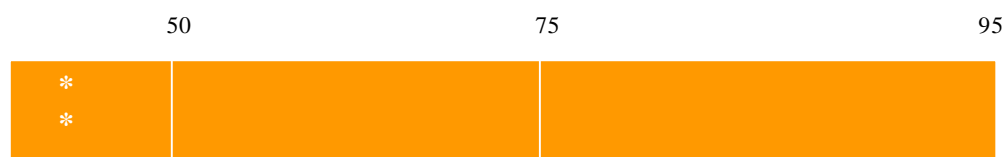
Escalas de desarrollo

A) Elementos (ítems) del desarrollo normal del niño representados en forma de barras horizontales. Estas además de su enumeración indican

– Las edades en que los ejecutan al 50%, 75% y 95% de los niños de nuestra población (según datos del "estudi levant").

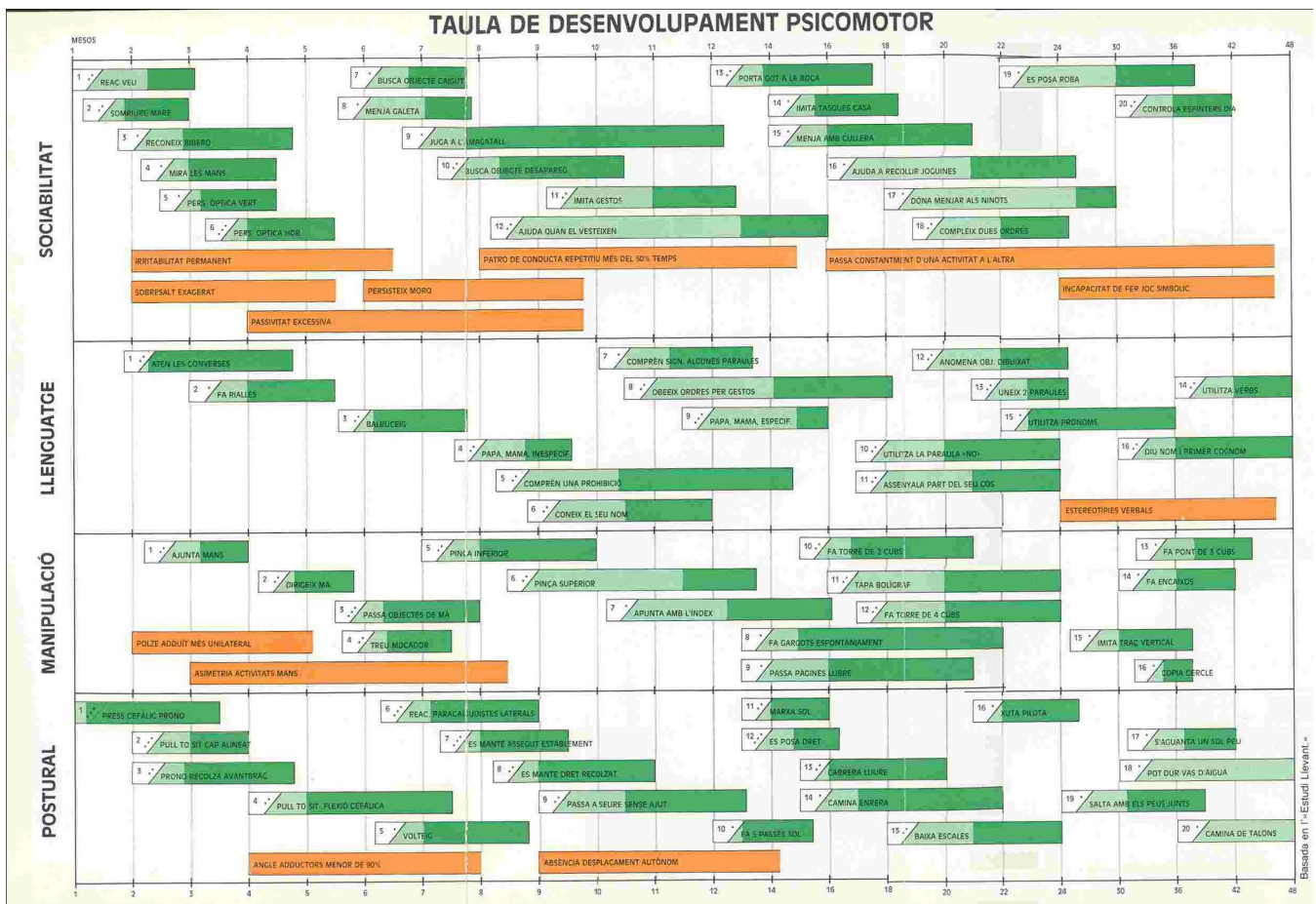
– La importancia de cada ítem es variable y se representa mediante estrellas (*, ** ó ***)

B) Signos de "alerta" (color salmón), la presencia de los cuales, a partir del momento señalado en el gráfico es sospechosa de anormalidad.



1	*	<i>REACCIONA A LA VOZ</i>	1; 1.2; 3,1
---	---	---------------------------	-------------





SOCIALIZACIÓN

REACCIONA A LA VOZ (1; 1.2; 3;1)

ADM: Se dicen palabras suavemente a unos 20 cms. por detrás del niño, procurando que el aliento del examinador no le llegue.

R P: Si para su actividad, parpadea, cambia el ritmo respiratorio, etc...

SONRISA DISCRIMINATIVA A LA MADRE (1.2; 1.9; 3)

R P Si el niño sonríe fijando la mirada en la madre al sentir su voz o cuando ella sonríe o hace algún gesto (sin que lo toque).

RECONOCE EL BIBERÓN (1.8; 2.9; 4.8)

R P: Si se tranquiliza, se excita o abre espontáneamente la boca ante la presencia del biberón porque está hambriento.

JUEGA AL ESCONDITE (6.7; 7.8; 12.2)

ADM: El examinador hace un pequeño agujero en una hoja de papel. Cuando el niño le esté mirando aquel esconderá la cara detrás de la hoja dos veces, dirá "hola" y mirará a través del agujero si el niño espera que vuelva a salir.

R P Si mira hacia la dirección por donde la cabeza del examinador había aparecido previamente.

BUSCA EL OBJETO DESAPARECIDO (7.3; 8.4; 10.5)

ADM Se sienta el niño delante de la mesa. Se llama su atención hacia un coche u otro juguete situado sobre la mesa, a unos 13-15 cms. de él. Cuando está a punto de cogerlo se cubre el juguete con un paño.

R P Si de manera rápida lo destapa mirando el objeto desconocido y cogiéndolo. No es válido si sólo toca el pañuelo, aunque al tocarlo descubra el juguete.

IMITA GESTOS SENCILLOS (9.2; 11; 13)

ADM Intentar que haga palmaditas que diga adiós con las manos, que mueva las manos haciendo los cinco lobitos. No tocar sus manos o brazos.

R P Si lo hace.

IMITA LAS TAREAS DE CASA (14; 15.6; 18.5)

ADM Preguntar a la madre si el niño imita las faenas de casa, como por ejemplo limpiar el polvo, barrer, etc...

R P Si la madre puede decir como mínimo un ejemplo de las faenas que el niño imita.

DA DE COMER A LOS MUÑECOS (18; 26; 30)

ADM Preguntar a la madre si en su casa juega a dar de comer a los muñecos.

R P Si lo hace dirigiendo la mano con alimentos, o la cuchara, a la boca de un muñeco.

LENGUAJE

ESTA ATENTO A LAS CONVERSACIONES (1.9; 2.3; 4.8)

ADM Preguntar a los padres si cuando está tranquilo en una habitación, y hay personas hablando, regularmente los mira.

SE RÍE A CARCAJADAS (3; 4; 5.5)

ADM Durante el examen observar si el niño se ríe a carcajadas o preguntarlo a los padres.

R P Si ríe fuerte (risotadas) sin necesidad de hacerle cosquillas. No obstante esto, es válido un estímulo social (gestos, sonidos,...).

BALBUCEA (5.6.; 6.2; 7.8)

ADM Durante el examen observar si emite alguna sílaba con consonante (ma / da /la / pa).

R P Si lo hace.

MAMA O PAPA NO ESPECIFICO (7.6; 8.8; 9.6)

ADM Durante el examen, observar si el niño dice "mama" "papa" en un momento dado. No es necesario que lo asocie a los padres.

R P Si lo hace.

OBEDECE UNA ORDEN POR GESTOS (10.5; 14.1; 18.2)RP Comprende gestos sin acompañarlos de palabras. Ejem: de negación con la cabeza, amenaza con las manos, etc. (No es válida una respuesta inespecífica como de atención, extrañeza, miedo...)

VIGILANCIA DEL DESARROLLO DEL NIÑO

Factores de riesgo pre y perinatales

Preocupación de los padres

Escalas del desarrollo (Escala Haizea-Llevant, validada en España para niños de 0 a 5 años)

Desarrollo social

Signos de alarma a cualquier edad.

El estudio poblacional de seguimiento en Florida 2004, por Shumwag y col. Muestra que los síntomas más frecuentes entre los 2 y 3 años de edad que son identificables al menos en el 80% de los niños que finalmente fueron diagnosticados de TGD son:

- a) No mirar de manera normal a la cara de los demás.
- b) No compartir interés o placer con los demás
- c) No mostrar respuesta cuando se le llama por su nombre
- d) No señalar con el dedo índice
- e) No traer cosas para mostrarlas a los demás

La detección precoz de los síntomas de alarma y la sospecha de TGD es importante por parte del pediatra de atención primaria, pero es fundamental la forma de comunicación y el abordaje terapéutico con los padres y el niño desde la primera visita, dada la importancia de la interacción en el pronóstico de este trastorno.

Los pediatras y demás profesionales que atendemos a los niños en las primeras etapas hemos de transmitir la idea de que no es un trastorno fijo que hay que clasificar, sino de reacciones y síntomas que evolucionan y son susceptibles de mejorar, reforzando el reconocimiento de los puntos fuertes en la interacción del niño con su entorno familiar.

Por ello conviene señalar que no hay que esperar a las pruebas ni a un diagnóstico definitivo para trazar un plan terapéutico entre profesionales y padres que mejore esa interacción. Los padres son quienes mejor conocen a su hijo antes y después de los diagnósticos y no hay que crear barreras artificiosas.

Los niños con síntomas de TGD son más receptivos y sensibles de lo que aparentan. Esta idea conviene recordarla en la entrevista del pediatra con los padres, generando pues una expectativa más positiva que beneficia el pronóstico.

PREVALENCIA DEL TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO

El autismo es un trastorno del desarrollo de inicio precoz y prevalencia elevada:

10-20/10.000 niños para el trastorno autista y

50-80/10.000 para el espectro autista

ESTUDIO SOBRE DETECCIÓN DEL AUTISMO EN TRES HOSPITALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Población de 0-14 años total 1990-1999: **62.965** (en el área de cobertura hospitales de Gandía, Denia y Sagunt)

Población de 0-14 años total 2007: **67.333** (en las mismas áreas) Incremento: **6.9%**

Número de casos totales desde 1-1-1990 a 1-1-1999: **18** (16 varones/2 mujeres)

Número de casos totales desde 1-1-2000 a 1-5-2008: **67** (53 varones/14 mujeres)

Prevalencia de TGD (incluyendo TDG no especificado) hallada en pacientes detectados en 1ª visita de consulta de neuropediatría de tres hospitales de la C.V.(Gandía, Denia y Sagunt) de 1990 a 1999 : Prevalencia total: **2,1/10.000** niños menores de 14 años. *

Prevalencia de TGD (incluyendo TDG no especificado) hallada en pacientes detectados en 1ª visita de consulta de neuropediatría de los mismos tres hospitales de la C.V. de 2001 a

2008 (abril): **9,7/10.000** niños menores de 14 años.

*Benac M, Tomás M, Moratal A. El trastorno generalizado del desarrollo en las consultas de neuropsiquiatría. Rev. Neurol 2000; (7): 665-6.

La prevalencia de TGD pasa de **2,7 a 9,7**. Incremento: **185%** (se multiplica por **3.5**)

Proporción por sexo V/M: 53/14. Es decir 3.7 más frecuente en varones.

Edad media de consulta: 4,5 años

CONCLUSIONES ESTUDIO PREVALENCIA TGD EN TRES HOSPITALES DE LA C.V.

Se ha producido un importante aumento de la prevalencia de TDG en nuestra población, situándose en cifras todavía inferiores a las publicadas sobre otras poblaciones.

El incremento de la prevalencia se debe probablemente a mejor detección y cabe preguntarse si se da un incremento real y por qué factores.

Sería deseable bajar la edad media de consulta en neuropsiquiatría.

A la vista de los resultados se propone una mayor formación y sensibilización de los pediatras a la hora de detectar, abordar, orientar y derivar a los niños con TGD y sus familias.