

2º CONGRESO ARGENTINO DE DISCAPACIDAD PEDIÁTRICA



Por un niño sano
en un mundo mejor

HERRAMIENTAS DIAGNOSTICAS

María Magdalena Contreras
mcontreras@garrahan.gov.ar

HISTORIA CLINICA

- 1. Recolección de antecedentes
 - Historia perinatal
 - Historia familiar
 - Problemas médicos
 - Situación socio- económica
 - Historia del desarrollo previa
 - Identificación de factores de riesgo y factores protectores
 - Estudios complementarios previos

FACTORES PROTECTORES

Aspectos del entorno o competencias de las personas que favorecen el desarrollo integral de individuos o grupos y pueden, en muchos casos, ayudar a transitar circunstancias desfavorables

FACTORES DE RIESGO

Cualquier característica o cualidad de una persona, comunidad o del entorno, que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud

FACTORES DE RIESGO

- Factores ambientales
- Factores biológicos/constitucionales
- Factores genéticos
- Factores demográficos
- Factores sociales

FACTORES DE ESTRES

Existen tres tipos de estrés:

a) el **positivo**, *aspecto necesario e importante del desarrollo*

b) el **tolerable**, respuestas fisiológicas que podrían alterar la arquitectura cerebral, pero ocurren en un *período de tiempo limitado* y se alivian con la *presencia de vínculos afectivos* que ayudan a una adaptación.

c) el **tóxico**, que provoca una activación marcada y prolongada de los sistemas de respuesta al estrés, en la *ausencia de la amortiguación* que produce la presencia de un adulto receptivo (*National Scientific Council on the Developing Child, 2005*)

HISTORIA CLINICA

2: Entrevista sobre el problema actual

Preocupaciones de los padres

Revisar área por área el desarrollo del niño (comunicación, socialización, modalidad conductual y temperamento, juego, motricidad, cognición, integración sensorial, habilidades de la vida diaria)

Ver estilo de interacción madre niño y familiar

Prestar atención a...

Retraso: La edad de desarrollo es **menor** a la edad cronológica

Desviación: Se manifiesta por una **adquisición no secuencial o atípica** de los hitos del desarrollo, que no es normal a ninguna edad.

Regresión: Implica la **pérdida de habilidades** adquiridas en todas o en alguna de las áreas del desarrollo.

No confundir con la regresión que se puede ver en el desarrollo normal

PERIODOS DE REGRESION EN EL DESARROLLO NORMAL (Saltatorio)

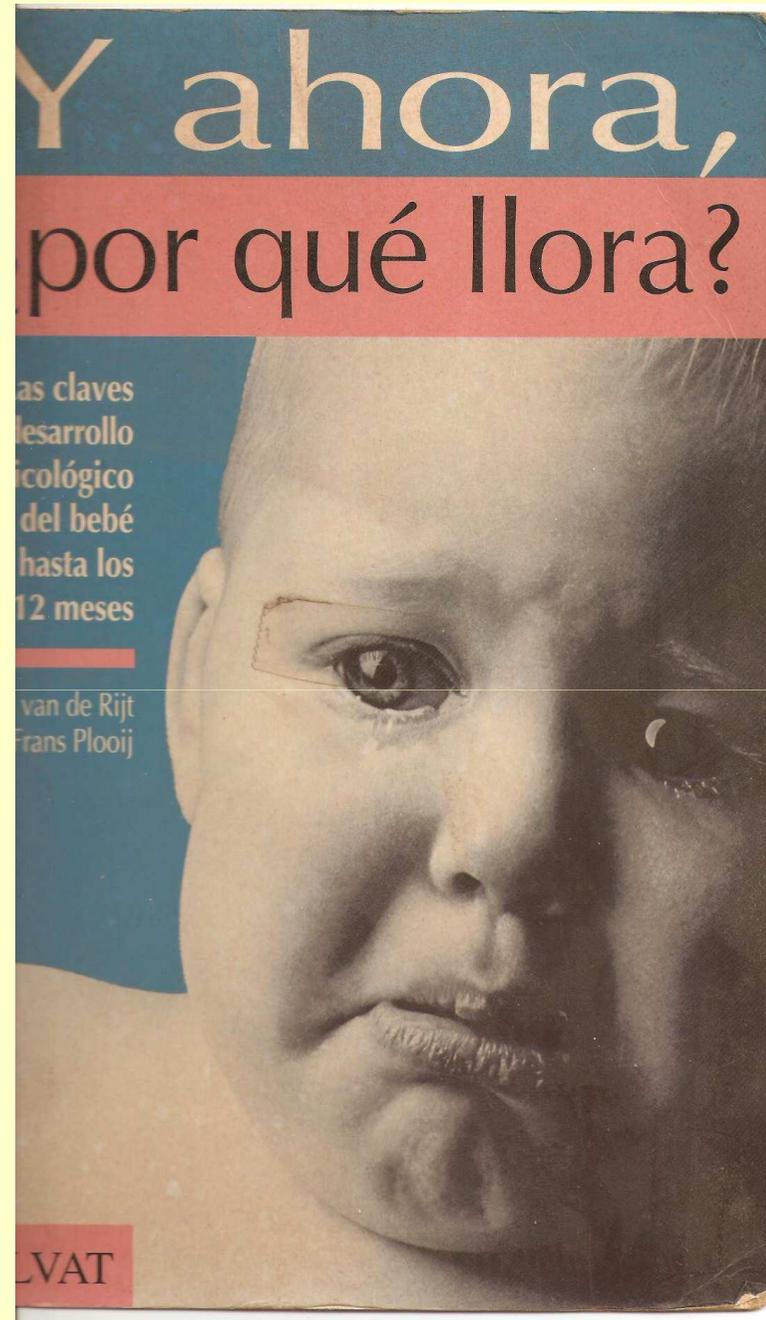
Se manifiestan como aumento de los períodos de llanto, dificultades para alimentarse, para dormir y necesidad de aferrarse a la madre, de aumentar el contacto físico. El bebe se vuelve más “difícil”

Estos períodos de desorganización conductual expresan la **reorganización** del SNC.

El desarrollo de una nueva capacidad refleja la emergencia de un nuevo nivel de redes neuronales

Coincidentes con estos períodos de desorganización, se evidencian cambios a nivel del EEG, del metabolismo de la glucosa, de los potenciales evocados, del crecimiento cefálico. (Fisher, 1994)

Plooi F
van de Rijt H
1996

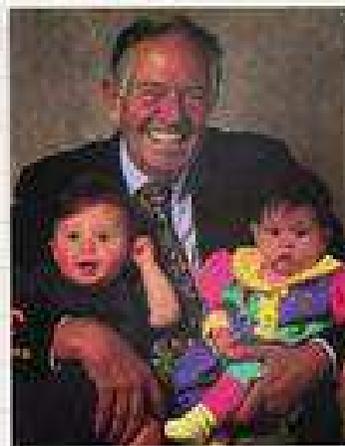


BRAZELTON: Touchpoints

Momentos predecibles que ocurren justo antes de un período de rápido crecimiento en cualquier aspecto del desarrollo: motor, cognitivo o emocional; y en esos momentos se produce una regresión en varias áreas del desarrollo y el niño se vuelve difícil.

SU HIJO

LA REFERENCIA ESENCIAL



*Momentos claves
en su desarrollo
desde el periodo
prenatal hasta los
seis años*

T. BERRY BRAZELTON, M.D.

HISTORIA CLINICA

3. Pruebas de pesquisa y de diagnóstico

Detección

- Búsqueda sistemática en toda la población pediátrica de señales o síntomas de un trastorno del desarrollo
- El resultado no es un diagnóstico
- Los niños con sospecha deberán someterse a un estudio más profundo

El pediatra debe tener en cuenta que

- Las impresiones subjetivas de los profesionales sobre el desarrollo de los niños pueden ser incorrectas y no hay que confiar sólo en ellas
- La incorporación de opiniones y preocupaciones de los padres mejora la precisión de las impresiones clínicas del desarrollo del niño y son útiles en la elaboración clínica de decisiones
- Las opiniones de otros profesionales (maestros, etc) ofrecen valiosa información referente al funcionamiento del niño

- Con la impresión subjetiva del médico sólo se diagnosticaría el 45-55% de los niños con TD antes de la entrada en la escuela (*Rydz al, J Child neurol, 2005*)
- Por la preocupación de los padres el 74-79%
- El 20% puede tener problemas y no preocupar hasta la edad escolar (*Arguelles PP*)

Pruebas de pesquisa

- Identifican individuos presuntamente enfermos en población aparentemente sana.
- De aplicación rápida y sencilla.
- Se habla de sospecha.
- Valores ideales para una prueba de tamizaje de desarrollo: Sensibilidad y especificidad $\geq 70\%$
- Apropiado para su aplicación en la atención primaria

Prueba	Idioma	Rango de edad (meses)	Tiempo de aplicación	Sensibilidad	Especificidad
Ages & Stages Questionnaires (EEUU)	Inglés	4-60	10-15 min	0.70-0.90	0.76-0.91
Developmental Inventory Screening 2nd ed (EEUU)	Inglés y español	0-95	10-30 min	0.72-0.93	0.79-0.88
Bayley Infant Neurodevelopmental Screen (EEUU)	Inglés	3-24	10 min	0.75-0.86	0.75-0.86
Brigance Screens-II	Inglés	0-90	10-15 min	0.70-0.80	0.70-0.80
DENVER-II	Inglés y Español	0-71	20-30 min	0.56	0.80
Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (Chile)	Español	0-24	20 min	NR	NR
PRUNAPE (Argentina)	Español	0-60	10-15 min	0.80	0.93

Examen clínico/neurológico

Pruebas diagnósticas

Escalas de Bayley

Escalas McCarthy

Stanford Binet

Weschler (WPPSI; WISC, etc)

Kaufman ABC

etc

- Todos estos pasos tienen el objetivo de poder arribar a un diagnóstico:
- Categórico
- Funcional
- Etiológico

En la práctica:

- Puede ser difícil categorizar a edades tempranas
- El diagnóstico más frecuente en pequeños es retraso global del desarrollo
- Como el desarrollo comprende evolución hay que realizar un seguimiento periódico, ver si es posible categorizar en el futuro o si el retraso se corrige (solo o con intervención)
- Mientras tanto se debe ofrecer tratamiento en las áreas en donde se objetivaron los déficits

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL

- Construir un perfil descriptivo lo más completo posible, marcando las debilidades pero también las fortalezas
- Es el estado funcional único que corresponde a ese paciente individual. Esto permite delinear una estrategia de tratamiento
- Se define además la severidad o el grado de afectación

BUSQUEDA DE LA ETIOLOGIA

Es importante encontrar un diagnóstico específico que puede ser trasladado a información de utilidad clínica para la familia, incluyendo pronóstico, riesgo de recurrencia y modos de terapia disponibles

Muchas veces la etiología permanece “desconocida” (se obtiene sólo en 50% de niños con retrasos globales y 5% de niños con retraso del lenguaje, *Shevell 2003*)

MUCHAS GRACIAS

