

La Atención Temprana en el Recién Nacido de Riesgo Neurológico

Consuelo Vázquez. Pediatra-Neonatóloga. Hospital General Universitario de Elche

El concepto de recién nacido de riesgo neurológico nace en Inglaterra en 1960, siendo definido, como aquel niño que por sus antecedentes pre, peri o postnatales, tiene más probabilidades de presentar, en los primeros años de la vida, problemas del desarrollo, ya sean cognitivos, motores, sensoriales o de comportamiento y pudiendo ser éstos, transitorios o definitivos.

Según la OMS, entre un 3 y un 5% de todos los embarazos se consideran de alto riesgo y entre ellos el 3-5% son de riesgo neurológico.

Los avances en la medicina perinatal y las mejoras en la atención al embarazo, parto y recién nacido de riesgo, en los últimos 20 años, han originado una disminución de la mortalidad neonatal en un 15-30%. Con la persistente caída de mortalidad, especialmente notoria en los nacidos muy pretérmino, sobreviven muchos más neonatos inmaduros (el 80% de los <1000gramos y el 96% de los <1500gr), con mayor riesgo de presentar secuelas psico-neuro-sensoriales, que oscilan entre un 25-40%.

El recién nacido de riesgo neurológico va a precisar un seguimiento neuroevolutivo desde el nacimiento hasta la edad escolar, con el fin de detectar precozmente alteraciones en su desarrollo e iniciar una atención precoz. El seguimiento y la atención integral al recién nacido de riesgo neurológico, forma parte esencial de los programas de Atención Temprana, situándose dentro de la prevención secundaria de deficiencias. La Atención Temprana incluye un conjunto de actividades organizadas y coordinadas, que al intervenir en etapas precoces de la vida, sobre las situaciones de riesgo o cuando existen lesiones establecidas, consigan que el niño desarrolle en máximo nivel de bienestar bio-psico-social y de capacidad de funcionamiento.

Los programas de seguimiento protocolizados de los niños de riesgo psico-neuro-sensorial en Unidades de Maduración, fueron impulsados en España en 1977 por el Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad.

Entre 1980 y 1982 se ponen en marcha las primeras Unidades, adscritas con carácter estructural en Centros y Servicios de Pediatría y en íntimo contacto con los equipos de Neonatología.

Para la selección de los recién nacidos de riesgo neurológico, se siguen las pautas dadas en 1982 por el Comité de Perinatología del Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad, modificadas posteriormente por la Sección de Perinatología de la Asociación Española de Pediatría (9) (ver Tablas I-III). Estos mismos criterios son los seguidos por el Grupo de Atención Temprana de España, publicados recientemente en el Libro Blanco de la Atención Temprana.. El riesgo socio-familiar hay que valorarlo siempre, ya que es quizás la variable de riesgo que más afecta a la mortalidad perinatal

aguda y también a la morbilidad perinatal a largo plazo . Los criterios de riesgo socio-familiar seguidos se exponen en la Tabla IV.

Las intervenciones tempranas del desarrollo se dirigen a reducir los problemas motores y cognitivos. Una revisión de los ensayos disponibles hasta el momento realizada por la Base de datos Cochrane sugiere que los programas de intervención del desarrollo después del alta hospitalaria para neonatos prematuros son efectivos para mejorar el desarrollo cognitivo a corto y medio plazo (hasta la edad preescolar). Los programas de intervención del desarrollo temprano en esta revisión deben iniciarse dentro de los 12 meses de vida, centrarse en la relación padre-lactante y desarrollo infantil y, aunque pueden iniciarse cuando el neonato aún se encuentra en el hospital, deben incluir un componente posterior al alta hospitalaria.

Tabla I. Recién nacido de riesgo Neurológico

- R.N. con Peso < P10 para su edad gestacional o con Peso < a 1500 grs o Edad Gestacional < a 32 semanas.
- APGAR < 3 al minuto o < 7 a los 5 minutos.
- RN con ventilación mecánica durante más de 24 horas.
- Hiperbilirrubinemia que precise exanguinotransfusión.
- Convulsiones neonatales.
- Sepsis, Meningitis o Encefalitis neonatal.
- Disfunción Neurológica persistente (más de siete días)
- Daño cerebral evidenciado por ECO o TAC.
- Malformaciones del Sistema Nervioso Central.
- Neuro-Metabolopatías.
- Cromosomopatías y otros Síndromes Dismórficos.
- Hijo de madre con Patología Mental y/o Infecciones y/o Drogas que puedan afectar al feto.
- RN con hermano con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia.
- Gemelo, si el hermano presenta riesgo neurológico.
- Siempre que el Pediatra lo considere oportuno.

Tabla II. Recién nacido de riesgo sensorial: Visual

- Ventilación mecánica prolongada
- Gran Prematuridad
- RN con Peso < a 1500 grs.
- Hidrocefalia

- Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central
- Patología craneal detectada por ECO/TAC
- Síndrome Malformativo con compromiso visual.
- Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central
- Asfixia severa

Tabla III. Recién nacido de riesgo sensorial: Auditivo

- Hiperbilirrubinemia que precisa exanguinotransfusión
- Gran Prematuridad
- RN con peso < a 1500 grs
- Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central
- Ingesta de aminoglucósidos durante un periodo prolongado o con niveles plasmáticos elevados durante el embarazo
- Síndromes Malformativos con compromiso de la audición
- Antecedentes familiares de hipoacusia
- Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central
- Asfixia severa.

Tabla IV. Criterios de riesgo socio-familiar

- Acusada deprivación económica
- Embarazo accidental traumatizante
- Convivencia conflictiva en el núcleo familiar
- Padres con bajo CI/ Entorno no estimulante
- Enfermedades graves/ Exitus
- Alcoholismo/ Drogadicción
- Prostitución
- Delincuencia/ Encarcelamiento
- Madres adolescentes
- Sospecha de malos tratos
- Niños acogidos en hogares infantiles
- Familias que no cumplimentan los controles de salud repetidamente

SEGUIMIENTO MADURATIVO

Además de valorar los índices de riesgo, tiene especial interés, el valorar en cada recién nacido, la normalidad o no de su función neuromotora, antes de su salida del Centro Neonatal o a las 40 semanas de edad gestacional para los pretérmino.

Existe la posibilidad de un periodo libre de síntomas, debido a la poca expresividad del cerebro inmaduro, por lo que es necesario un seguimiento evolutivo del recién nacido, dado de alta de la Unidad Neonatal con exploración normal, pero con antecedentes que suponen un riesgo de presentar secuelas neurológicas.

Las secuelas neurológicas pueden manifestarse en los primeros meses de vida, en un porcentaje alto de casos, en edades más tardías, e incluso en la edad escolar.

Una forma de clasificar las secuelas neurológicas es la propuesta por *The Victorian Collaborative Group* en la cual se distinguen:

- Secuelas que se manifiestan en el primer año de vida: graves, moderadas, leves.
- Secuelas tardías, que se detectan a los 6-7 años de edad, en niños con evolución aparentemente normal. En la mayoría de los casos son secuelas leves, pero que pueden dificultar el aprendizaje escolar o la adaptación social.

Según la mayoría de los datos de la literatura podemos decir que la presencia de secuelas graves y moderadas se detectan en la mayoría de los casos antes de los 6 meses de vida y algunas secuelas leves antes de los 2 años de edad. Las secuelas graves y moderadas continúan igual a los 6 años, pero un porcentaje elevado de niños e riesgo, considerados normales a los 2 años y con cociente de desarrollo normal, presentan secuelas tardías. Ello nos obliga a prolongar el programa de seguimiento , como mínimo hasta los 6-7 años.

Las secuelas neurológicas tardías suelen ser leves o “menores” y se manifiestan como trastornos del aprendizaje, trastornos de conducta, torpeza motriz o retraso de lenguaje. La exploración neurológica, unida a los datos aportados por los exámenes complementarios, nos permitirán una orientación diagnóstica. No obstante el periodo de convalecencia no es el más adecuado para establecer un pronóstico respecto al handicap posterior. Anomalías observadas pueden ser funcionales o transitorias y por contra, en caso de normalidad, tampoco se podrá afirmar la normalidad ulterior. Sólo un seguimiento prolongado permitirá enlazar signos mínimos o anomalías del aprendizaje con los acontecimientos en el periodo perinatal. Surge así, la importancia de desarrollar programas de seguimiento protocolizados de los niños de riesgo psiconeuro-sensorial. Según Blackman definimos un sistema de seguimiento para niños de riesgo: “Como un proceso de control continuo y valoración individual de aquellos niños que suponemos, pueden manifestar problemas en su desarrollo”.

OBJETIVOS DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO

La importancia de la existencia de estudios de seguimiento radica en:

- Los padres demandan un pronóstico y van a precisar además apoyo y asesoramiento psicológico.
- Cada Centro debe evaluar sus propios resultados, para corregir conductas erróneas.
- El cuidado y tratamiento intensivo neonatal es uno de los ítems más caros de la Pediatría. Si se realizan grandes inversiones económicas en una correcta atención neonatal al recién nacido de alto riesgo, se debe ofertar posteriormente una buena calidad asistencial.
- Los resultados de seguimiento van a servir para planificar en cada Comunidad los Servicios Sanitarios, Sociales y Educativos correspondientes.
- Y por último, van a permitir una metodología común en el seguimiento.

Los Programas de Seguimiento Madurativo de recién nacidos de riesgo tienen tres objetivos primordiales: Asistencial, Investigador y Docente.

Los objetivos asistenciales más importantes son:

- Diagnóstico precoz de signos de alerta del desarrollo psicomotor en los primeros años de vida.
- Derivar a aquellos niños con sospecha de afectación cerebral, al inicio de un programa de Estimulación Precoz individualizada.
- Diagnosticar, prevenir y orientar sobre alteraciones en las conductas funcionales y del comportamiento.
- Atención integral al niño y la familia.

Dentro de la función investigadora, destacamos los siguientes objetivos:

- Conocer los porcentajes de Deficiencia Mental, Parálisis Cerebral y Déficits sensoriales en cada medio, debido a causas perinatales y planificar su prevención y asistencia.
- Estudio del valor predictivo de los factores de riesgo psico-neuro-sensorial.
- Valoración de la asistencia al embarazo, parto y periodo neonatal en niños de riesgo.

Los equipos de Seguimiento Madurativo deben tener una constante labor docente, que amplíe y divulgue el conocimiento del desarrollo psicomotor de los niños de riesgo y posibilite las medidas adecuadas para una prevención, diagnóstico y tratamiento precoces.

INCONVENIENTES DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO

El más importante es la preocupación que pueda generar en los padres el hecho de considerar su hijo como susceptible de haber sufrido un daño cerebral. Merece la pena insistir en que “el niño de riesgo” es un niño normal. Cuando el riesgo se materializa,

es decir, si hay evidencia de disfunción neurológica, se considera ya un niño patológico.

Otro inconveniente es el desarrollo de una medicina paralela con incremento de los costes sanitarios.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO

Si bien existe un consenso general sobre los factores que sitúan al RN en situaciones de riesgo, el valor predictivo del grado de riesgo que cada factor comporta es escaso. En general, la población a seguir es más o menos uniforme pero el calendario de visitas, el equipo y las exploraciones que se deben realizar van a depender del número de nacimientos, de las posibilidades del equipo de seguimiento y del área geográfica de influencia, de la educación sanitaria de la población, etc.

EQUIPO PROFESIONAL DE SEGUIMIENTO

El equipo de seguimiento evolutivo de niños de riesgo neurológico debe ser de carácter interdisciplinario y estará formado por diferentes especialistas capacitados para valorar el desarrollo global del niño y sus desviaciones: pediatría, estimulación precoz, neurología, psicología, otorrinolaringología, oftalmología...etc.