



Experiencia en el abordaje interdisciplinario para la detección de discapacidades menores en niños con antecedentes de prematurez y alto riesgo al nacer

Experience in the interdisciplinary approach for the detection of minor disabilities in children with a history of prematurity and high risk at birth

Silvina Valeria Andrés | María Florencia Gennaro

Silvina Valeria Andrés

Licenciada en Psicopedagogía. Psicopedagoga en Servicio de Rehabilitación. Hospital Interzonal General de Agudos San José. Pergamino. Buenos Aires. Argentina.

silvinaandres@gmail.com

María Florencia Gennaro

Licenciada en Terapia Ocupacional. Terapeuta Ocupacional en Servicio de Rehabilitación. Hospital Interzonal General de Agudos San José. Pergamino. Buenos Aires. Argentina.

mflorenciagennaro@gmail.com

Resumen

El presente trabajo relata la experiencia de abordaje interdisciplinario en el programa de seguimiento de recién nacidos con antecedentes de prematurez y alto riesgo en el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) San José. Inicia con un recorrido teórico y bibliográfico acerca del concepto de prematurez y las consecuencias a largo plazo de la misma, continúa con la descripción del programa para finalmente describir y analizar la experiencia específica en este establecimiento. Se detalla el rol de los distintos integrantes del equipo interdisciplinario haciendo principal hincapié en las intervenciones del Terapeuta Ocupacional, el Psicopedagogo y el Fonoaudiólogo. Se registran los resultados de la implementación del programa en el año 2018. Las reflexiones finales dan cuenta de la necesidad de participación de profesionales de distintas disciplinas en los programas de seguimiento que posibiliten una mirada integral del niño. Esto favorecería la detección temprana y oportuna de las distintas dificultades pudiendo evidenciar de la especificidad de las mismas.

Palabras Clave: prematuridad, pretérmino, estudios de seguimiento.

Abstract

This paper describes the interdisciplinary approach in High Risks and preterm Newborns Monitoring Program in Hospital Interzonal General de Agudos San José (HIGA). It starts with a comprehensive research, both theoretical and bibliographical, of the concept of premature births and long-term consequences of preterm deliveries, followed by a description of the program and finally an analysis of the experience and the specific role of the members of an interdisciplinary team, mainly Occupational Therapist, Psycho Pedagogue and Speech Therapist. The research ends describing the outcomes of the program implemented in 2018. Final thoughts reflect the importance of the interdisciplinary and holistic approach of the child, which will allow an early and timely detection of thrive difficulties.

Key words: prematurity, preterm, follow-up studies.

Introducción

Los niños Recién Nacidos Pretérmino (RNPT) son aquellos que nacieron antes de cumplir 37 semanas de edad gestacional (Gómez, Espinosa, Galvis, Chaskel & Ruiz Moreno, 2014). Estos niños, al ser inmaduros, pueden presentar diferentes patologías que requieren internación y posteriormente un seguimiento especial.

En los últimos tiempos los avances tecnológicos y médicos han generado una disminución en la mortalidad infantil neonatal y la expectativa de vida de estos grupos más vulnerables e inmaduros ha aumentado.

Gómez et al. (2014) dan cuenta del aumento de la incidencia de la prematuridad y lo plantean como un importante problema de salud pública. Esto trae como consecuencia un aumento en la tasa de morbilidad y las secuelas a largo plazo van desde discapacidades severas, como parálisis cerebral, hidrocefalia, ceguera, hipoacusia o discapacidad intelectual, hasta otras denominadas discapacidades menores, que aunque de menor gravedad, tienen una mayor incidencia y resultan más difíciles de pesquisar y diagnosticar. Dentro de estas discapacidades menores aparecen los déficits cognitivos, dificultades de lenguaje, aprendizaje y conducta.

Aspres, Bouzas y Sepúlveda (2016) afirman que si bien la mayoría de los niños nacidos por año en Argentina crecen y se desarrollan normalmente, existe un grupo identificable, por factores de riesgo (prematuridad, bajo peso al nacer, enfermedad compleja en período neonatal), que tienen altas tasas de morbilidad en comparación con los niños nacidos a término y que, en consecuencia, pueden presentar alteraciones en su desarrollo a largo plazo.

Según UNICEF (2009) por cada recién nacido que muere, otros 20 padecen lesiones derivadas del parto, complicaciones resultantes del nacimiento prematuro u otras afecciones neonatales. Por ejemplo, más de un millón de niños y niñas que cada año sobreviven a la asfixia en el parto acaban con secuelas que generan discapacidades como la parálisis cerebral o dificultades de aprendizaje (p.14).

En el informe de acción global sobre nacimientos prematuros, Blencowe et. al. (2012) afirman que en el mundo nacen por año 15 millones de bebés prematuros, más de uno en diez nacimientos. Agregan que más de un millón de estos bebés mueren poco después del nacimiento y muchos otros sufren algún tipo de discapacidad física, neurológica, cognitiva o en los aprendizajes.

Según las estadísticas de hechos vitales en Argentina de La Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud (2014) la causa más importante de mortalidad neonatal e infantil en nuestro país, por su frecuencia e importancia, es el nacimiento prematuro (< 37 semanas de gestación)

o de bajo peso (<2.500 gramos), en especial los niños de muy bajo peso (<1.500 gramos). Dicho organismo a fines del año 2014 publicó el informe referente a las estadísticas vitales de toda la población en el año 2013, allí se estableció que de todos los nacidos vivos (754.603) un 8.55% nació pretérmino (64.540). (p.7)

La mayoría de los reportes e investigaciones refieren secuelas vinculadas al nacimiento pretérmino haciendo hincapié en discapacidades severas como parálisis cerebral, hidrocefalia, ceguera, hipoacusia. Sin embargo, en la actualidad, cada vez son más numerosos los estudios que refieren otro tipo de discapacidades menores como dificultades en el rendimiento escolar, aprendizajes, lenguaje y conducta.

Ríos Flórez y Cardona Agudelo (2016) encontraron diferencias significativas en habilidades de comprensión y discriminación fonológica que derivan en compromisos en la lectura y escritura y en el desarrollo de operaciones aritméticas escritas. En el mismo sentido, Araoz y Otero (2010) describen estudios realizados con adolescentes con antecedentes de prematuridad que hallan dificultades en habilidades de lectura, operaciones numéricas y razonamiento matemático. Abalde, Bin, Rodríguez, Novali y Contreras (2012), identificaron mayores dificultades en el procesamiento del cálculo en niños con antecedentes de prematuridad. Testa y Salamanco (2017) identifican la prematuridad y el bajo peso al nacer como uno de los precursores intrínsecos de los trastornos en los aprendizajes.

Otros estudios asocian la prematuridad a un menor rendimiento cognitivo y cociente intelectual en relación a niños nacidos a término. Rojas y Moore (2006) sostienen que los niños con antecedentes de prematuridad muestran habilidades cognitivas menores y un pobre funcionamiento ejecutivo. Araoz y Otero (2010) describieron evidencia que relaciona la prematuridad con déficit en el rendimiento cognitivo general y/o rendimiento académicos en diversos estudios con grupo control de niños nacidos a término. En el mismo concluyen que adolescentes con antecedentes de prematuridad reportan menor Coeficiente Intelectual (CI) que en grupo sin este antecedente. Gerometta, Aspres, Schapira, Granovsky y Vivas (2014) investigaron el desarrollo psicomotor e intelectual en niños de 4 y 5 años de edad nacidos con 1500 gr. o menos y que no presentan secuelas neurológicas y han obtenido una prevalencia del 52% de niños que no superaron la prueba de inteligencia.

Sansavini, Guarini y Savini (2011) estudiaron 150 niños prematuros sin lesión cerebral manifiesta y los compararon con 44 niños nacidos a término. Encontraron que los niños prematuros muestran habilidades menores en el léxico y la gramática y una mayor tasa de riesgo de retraso léxico y/o ausencia de combinación de palabras que los niños nacidos a término. El 18 % de los niños prematuros mostraron retraso generalizado en las competencias lingüísticas y cognitivas, 16 %, retraso es-

pecífico en el lenguaje, y 4 %, deficiencia cognitiva específica. Por su parte, Farías, Zunino, Baigorri y Blanco (2017) afirman que la prematuridad afecta el desempeño comunicativo de los niños.

Ríos Flórez, Álvarez Londoño, David Sierra y Zuleta Muñoz (2018) encontraron que la frecuencia de casos de inatención o impulsividad es mayor en niños prematuros que en nacidos a término. También refieren mayores conductas atípicas, síntomas de hiperactividad, episodios de aislamiento y sintomatología característica de depresión y cuadros de somatización.

Como resultado de lo expuesto con anterioridad nos planteamos el siguiente objetivo para nuestro artículo:

Dar cuenta de la importancia del abordaje interdisciplinario para la detección precoz de dificultades en el neurodesarrollo en el programa de recién nacido de alto riesgo del HIGA San José.

Relato de experiencia: Programa de seguimiento de Recién Nacido de Alto Riesgo

El programa de seguimiento de niños con antecedentes de prematuridad y alto riesgo al nacer busca garantizar la atención integral a estos niños. Aspres et. al. (2016) afirman que estos programas:

[...] se inscriben dentro del concepto de “enfoque de riesgo”. Se trata de un criterio de trabajo aplicado a la atención de la salud basado en la idea de que algunas personas, familias o comunidades presentan mayor riesgo de enfermar y morir que otras. Esto hace que sus necesidades de vigilancia y cuidado sean también mayores. (p. 8)

El Informe Mundial de Salud de la Organización Mundial de la Salud (2005) enfatiza la necesidad de focalizar la atención en el período neonatal, sobre todo en los neonatos de mayor riesgo, llevando adelante las acciones necesarias para sostener su salud, luego de su inserción en la familia y en la sociedad.

Aspres et. al. (2016) afirman que el programa de Recién Nacido de Alto Riesgo (RNAR) tiene como finalidad la atención global del paciente de riesgo a través no solo del seguimiento clínico sino también prestando una asistencia acorde a las necesidades de cada niño. Se deben establecer estrategias de prevención y atención a partir de un enfoque multidisciplinario que permita realizar intervenciones oportunas y adecuadas.

Los autores explican que la mayoría de los niños que estuvieron críticamente enfermos en el momento del nacimiento, si bien tienen pronóstico favorable en relación a su salud y calidad de vida; tienen mayores probabilidades de presentar secuelas o morbilidades en distintas áreas del desarrollo que requieran atención especializada e integrada. Es por esto que los objetivos principales del programa de seguimiento de

RNAR son: la detección temprana y oportuna de trastornos del desarrollo, neurosensoriales, del crecimiento, y alteraciones conductuales y del aprendizaje, con el fin de iniciar una atención oportuna y eficaz.

La importancia de la existencia de estos controles sistemáticos ha quedado documentada en diversas investigaciones. Pascucci et al. (2002) realizaron una investigación acerca de la cantidad de niños que eran aparentemente sanos, que no pasaban la Prueba Nacional De Pesquisa (PRUNAPE), identificando una prevalencia de fracaso del 20%. La identificación de esta población más vulnerable y su seguimiento organizado permite detectar en forma temprana los problemas y realizar sobre ellos intervenciones oportunas, eficaces y eficientes. Permite, además, ofrecer a los padres información en las distintas etapas del desarrollo de sus hijos (Aspres et. al. 2016; Ravalli y Ortiz, 2010).

Experiencia en el HIGA San José

Según UNICEF y la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación (2018), en distintos hospitales y centros de atención de nuestro país se lleva a cabo el programa de seguimiento de recién nacidos prematuros y de alto riesgo con el objetivo principal de monitorear su neurodesarrollo e intervenir lo más tempranamente posible frente a cualquier desviación, detención o falta de adquisición de alguna pauta del desarrollo.

Generalmente el mismo es realizado por Pediatras del desarrollo o especializados en seguimiento de recién nacidos de alto riesgo, acompañados por un equipo multi o interdisciplinario y valiéndose de escalas estandarizadas para monitorear el desarrollo en las distintas áreas (Aspres et. al. 2016).

En el HIGA San José nacen al año aproximadamente 1100 bebés, de los cuales aproximadamente 140 son prematuros. En dicha institución se encuentra desarrollándose el programa desde Mayo del año 2013. Actualmente se lleva adelante de manera articulada entre los Servicios de Pediatría, a través de médicos pediatra y neonatólogos y el Servicio de Rehabilitación, conformado por un equipo interdisciplinario de Terapeutas Ocupacionales, Fonoaudiólogos, Kinesiólogos, Psicopedagogos y Trabajadores Sociales.

Esta instancia de seguimiento se inicia en la sala de internación de neonatología. Los Trabajadores Sociales intervienen junto a los pediatras explicando a las familias de los niños internados la importancia del mismo y otorgando el primer turno de control ambulatorio en el Servicio de Rehabilitación luego del alta.

Este control se repite de modo ambulatorio, lo realiza el médico Pediatra y/o neonatólogo conjuntamente con un Terapeuta Ocupacional especializado en infancia y desarrollo. Interviene también el Trabajador Social quien garantiza la asistencia

de los niños a sus controles arbitrando los medios que sean necesarios. También este se ocupa de orientar y asesorar a la familia en los trámites que sean necesarios como derivaciones a otros profesionales, obtención de pensiones, certificado único de discapacidad. Es entonces el equipo conformado por los profesionales quienes realizan el monitoreo del niño desde el alta neonatal hasta el egreso del programa a los 8 años de edad.

Para llevarlo a cabo, los Terapeutas Ocupacionales utilizan como herramienta de pesquisa la PRUNAPE. La misma es una prueba argentina aplicable en niños de 0 a 6 años de edad que consta de setenta y nueve pautas madurativas pertenecientes a las áreas motriz fina y gruesa, lenguaje y personal-social. Tiene una duración de aplicación aproximadamente de 15 minutos. En los niños menores de dos años que nacieron antes de las 37 semanas de edad gestacional se debe realizar un ajuste de la edad por la prematuridad. La PRUNAPE fue sometida a un proceso de validación, estimándose la sensibilidad y la especificidad y se trata de un test compatible con las costumbres culturales locales ya que fue diseñado y elaborado por el Dr. Lejarraga junto con el equipo que integra el Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital de Pediatría Profesor Doctor Juan Pedro Garrahan en el año 2004.

La misma permite obtener un perfil de desarrollo a través de la pesquisa en las áreas personal social, motor fino, motor grueso y lenguaje. Los Terapeutas Ocupacionales administran esta escala y junto a su mirada clínica determinan si el desarrollo es acorde a la edad del niño. De ser así, este vuelve a ser citado para volver a realizar este screening según el calendario de seguimiento que se detalla en el siguiente apartado. Si, en cambio, se detecta alguna desviación, se orienta la opción terapéutica más conveniente, se continúa con los controles establecidos según calendario y se realiza un seguimiento desde Trabajo Social para garantizar la asistencia a las terapias indicadas.

A partir de los 2 años de edad, se suma al programa un profesional del área de Fonoaudiología, quién evalúa a los niños una vez al año hasta su egreso. De la misma manera, a partir de los 3 años, se incorporará un profesional del área de Psicopedagogía quien profundizará en los procesos de aprendizaje.

Calendario de seguimiento

El seguimiento de estos niños se realiza de manera sistemática según el calendario sugerido por el Ministerio de Salud de la Nación en el documento Organización del Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo (Aspres, Bouzas & Sepúlveda, 2016) por lo que se realizan controles de la siguiente manera:

- Primera semana post alta: Análisis de epicrisis neonatal, entrevista familiar, control pediátrico, estudios auditivos, ecografía cerebral a las 40 semanas. Intervienen Pediatra,

Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social. Se utilizan como herramientas la escala PRUNAPE y los estudios auditivos Otoemisiones Acústicas (OEA) o Potenciales Evocados Auditivos de Tronco (PEAT).

- Entre 4 y 6 meses (edad corregida): entrevista familiar, control pediátrico, evaluación del neurodesarrollo, control auditivo. Intervienen Pediatra, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social. Se utilizan como herramientas la escala PRUNAPE y estudios auditivos OEA o PEAT.
- Entre 6 y 9 meses (edad corregida): entrevista familiar, control pediátrico, evaluación del neurodesarrollo. Intervienen Pediatra, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social. Se utiliza como herramienta la escala PRUNAPE y estudios auditivos OEA o PEAT.
- Entre 9 y 12 meses (edad corregida): entrevista familiar, control pediátrico, evaluación del neurodesarrollo. Intervienen Pediatra, Oftalmólogo, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social. Se gestiona turno para Oftalmólogo por fuera del programa. Se utiliza como herramienta la escala PRUNAPE.
- 18 meses (edad corregida): entrevista familiar, control pediátrico, neurológico, evaluación del neurodesarrollo. Intervienen Pediatra, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social. Se utiliza como herramienta la escala PRUNAPE.
- 2 años (se deja de usar la edad corregida): entrevista familiar, control pediátrico, evaluación del neurodesarrollo, control oftalmológico, odontológico y de lenguaje. Intervienen Pediatra, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social. Se gestiona turno para Oftalmólogo y Odontólogo por fuera del programa. Se utilizan como herramientas la escala PRUNAPE y Protocolos de Evaluación de Atención Temprana (Lizzi, Menna & Sirna, 2014).
- 3 años: entrevista familiar, control pediátrico, evaluación del neurodesarrollo, control oftalmológico, test de función visual, control odontológico y de lenguaje, escolaridad. Intervienen Pediatra, Fonoaudiólogo, Psicopedagogo, Terapeuta ocupacional y Trabajador Social. Se gestiona turno para Oftalmólogo y Odontólogo por fuera del programa. Se utilizan como herramientas la escala PRUNAPE y Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas ITPA (Kirk, McCarthy & Kirk, 2009).
- 4 años: entrevista familiar, control pediátrico, evaluación del neurodesarrollo, control odontológico, valoración nivel intelectual, valoración habilidades pre lectoras y nociones pre numéricas. Intervienen Pediatra, Psicopedagogo, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social. Se gestiona turno para odontólogo por fuera del programa. Se utilizan como herramientas la escala PRUNAPE, Escala de Inteli-

gencia para pre escolares de Weschler WPPSI III (Wechsler, 2014) y Aptitudes en Educación Infantil – Revisado (Depto de I+D+i de TEA Ediciones, 2018).

- 5 años: entrevista familiar, control pediátrico, evaluación del neurodesarrollo, control odontológico, valoración aprendizaje previo al ingreso a escolaridad primaria. Intervienen Pediatra, Psicopedagogo, Terapeuta Ocupacional y Trabajador social. Se gestiona turno para odontólogo por fuera del programa. Se utilizan como herramientas la escala PRUNAPE y la Batería Evaluadora de las Habilidades Necesarias para el Aprendizaje de la Lectura y Escritura. BEHNALE (Mora, 1993).
- 6 años: entrevista familiar, control pediátrico, evaluación del neurodesarrollo, control odontológico, oftalmológico, valoración de nivel intelectual, escolaridad, habilidades de lecto escritura, numeración y cálculo. Intervienen pediatra, Psicopedagogo, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social. Se gestiona turno para Odontólogo y Oftalmólogo por fuera del programa. Se utilizan como herramientas la escala PRUNAPE, Escala de Inteligencia para niños de Wechsler WISC IV (Wechsler, 2010) y pruebas pedagógicas de la Evaluación Neuropsicológica Infantil ENI II (Matute, Rossetti, Ardila & Ostrosky, 2007).

Organización y funcionamiento del equipo interdisciplinario

La atención de los niños en el programa es realizada una vez a la semana por todos los profesionales en el mismo día.

En esa jornada a primera hora de la mañana el equipo se reúne y conversa sobre los niños que asistirán, con los datos recopilados en las historias clínicas, estableciendo acuerdos, pensando estrategias e intercambiando información. Durante el resto del día los profesionales interactúan permanentemente según las actividades planteadas. Finalmente se acuerdan las derivaciones a terapias y otras acciones para los casos que así lo requieren. Los resultados, intervenciones y observaciones realizadas se registran en la historia clínica de cada niño. Las acciones que requieren seguimiento, por ejemplo interconsultas, articulaciones con otras instituciones, etc., se asientan en una planilla de Trabajo Social para el monitoreo de su evolución.

Bimensualmente se realiza una reunión para la que se dispone de más tiempo, y tiene como finalidad por un lado tratar las cuestiones de organización y metodológicas del programa y por otro es un espacio de encuentro, formación e investigación en que se presentan ateneos, estudios de casos, revisiones bibliográficas, etc.

El Terapeuta Ocupacional es quien coordina las distintas acciones que surgen a lo largo del seguimiento de cada niño.

Esto se debe a su posición estratégica ya que si bien forma parte del equipo Servicio de Rehabilitación, tiene también una presencia estable y cotidiana en el Servicio de Neonatología estando en contacto diario con todos los profesionales participantes del Programa facilitando de esta manera la circulación permanente de la información y la organización de las distintas acciones.

Es un profesional con conocimiento integral del neurodesarrollo y su mirada entrenada en todas las áreas del mismo le permite detectar desviaciones y dialogar fácilmente con las demás disciplinas. Además, es quien está presente desde el nacimiento del niño por su intervención en la UCIN y luego del alta en todos los controles, interactuando permanentemente con todos los profesionales y las familias.

Trabajo con las familias

El programa de seguimiento implica también el trabajo con las familias para acompañar, orientar, apoyar y asesorar el desarrollo de los niños. En los encuentros individuales se trabaja con la familia orientando, dando pautas para apoyar el desarrollo y acompañando según las necesidades y características individuales de cada niño ya que son éstas las que conforman el contexto exclusivo en el que el niño se desenvuelve los primeros años de vida.

De manera bimensual o trimestral se llevan adelante talleres para padres sobre distintas temáticas que se van determinando en función de las necesidades que el equipo va detectando. Se citan al taller las familias específicas que el equipo considera que se beneficiarían con el mismo. A modo de ejemplo, se han realizado talleres sobre posicionamiento, higiene y alimentación, encuentros sobre crianza, escolaridad y juego. Los talleres son coordinados por profesionales de las disciplinas más vinculadas a la temática del mismo, siempre acompañados por un Psicólogo y un Terapeuta Ocupacional.

Además, desde el área de Trabajo Social, se realizan las conexiones y articulaciones con otros servicios del Hospital o instituciones por fuera del mismo en función de las demandas de cada caso (necesidades de equipamiento, acompañamiento emocional, cuestiones escolares, actividades de ocio, etc.).

Importancia del seguimiento interdisciplinario en la detección de discapacidades menores

Según Aspres et. al. (2016):

Los Programas de Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo tienen como metodología, en condiciones ideales, el trabajo interdisciplinario. Éste se basa en el hecho de que estos niños presentan múltiples problemas, todos ellos muy complejos y, por ello, inabarcables por un solo especialista. El abordaje integrado desde distintas disci-

plinas, con comunicación y respeto por el papel del otro, permite una interpretación más rica de cada caso y coherencia en las conductas. En el trabajo multidisciplinario, los profesionales intervinientes pueden no constituir un equipo; sin embargo, cada uno aporta desde su opinión su disciplina y existe alguien que desempeña la tarea de integrar esas opiniones. (p. 18)

Como ya se explicó anteriormente, dentro del Servicio de Rehabilitación del Hospital San José, el Terapeuta Ocupacional es quien acompaña al niño a lo largo de su asistencia al Programa. Su mirada integral sobre el desarrollo se complementa y enriquece con los aportes de cada uno de los profesionales de las restantes disciplinas, quienes aportan sus conocimientos específicos del desarrollo en cada área. Ni el Pediatra ni el Terapeuta por sí solos podrían pesquisar aquellas dificultades sutiles y específicas de cada una de las áreas que definen el resto de los profesionales. El diálogo de los distintos campos del saber es lo que permite una mirada más acabada que posibilita un seguimiento más detallado y profundo.

Lo mismo sucede con los instrumentos de screening. Ortiz Píñilla (1991) señala que ninguna prueba de este tipo contempla el desarrollo infantil en forma exhaustiva, dado que presupone la evaluación de ciertas áreas en detrimento de otras. Schapira (2007), por ejemplo, realizó una revisión de los test de evaluación del desarrollo psicomotor más empleados y luego de un análisis comparativo de los mismos, concluyó que ninguno incluye una valoración adecuada de los procesos cognitivos. Explica que no aparece una evaluación del desarrollo cognitivo en sí mismo, sino que se incluye en ítems correspondientes a las áreas: social, de lenguaje, motora fina y/o de coordinación.

La experiencia de trabajo en el programa de seguimiento en el HIGA San José ha mostrado que si bien la PRUNAPE brinda un perfil de desarrollo y permite pesquisar desviaciones en el desarrollo típico; a nivel cognitivo y de lenguaje es necesaria una evaluación más específica que permita determinar la presencia o riesgo de dificultades propias de estas áreas.

Por lo expuesto es que el Pediatra y el Terapeuta Ocupacional necesitan complementar su mirada con la de profesionales formados específicamente en las áreas cognitivas, de aprendizaje y lenguaje para poder realizar una pesquisa más detallada de las mismas y poder dar cuenta de indicadores de riesgo de las discapacidades menores.

Para ilustrar la importancia y necesidad del abordaje interdisciplinario se narrará a continuación tres viñetas clínicas:

1: Joaquín¹ RNPT de 31 semanas de edad gestacional con un peso de 1,640 gr. Asistió a todas las consultas de seguimiento sin encontrar particularidades en ninguna de las mismas.

1 Para protección de la identidad de las personas, en las viñetas se utilizaron nombres de fantasía.

En el control realizado a los 3 años de edad pasó con éxito la PRUNAPE. Sin embargo, la Terapeuta Ocupacional notó que si bien lograba combinar palabras y armar algunas frases completas, había algo en la estructuración de las mismas que le llamaba la atención. La evaluación por fonología resultó fundamental ya que luego de este control, el niño ingresó a tratamiento del lenguaje pudiéndose especificar y trabajar su dificultad. Este mismo niño volvió a pasar con éxito la PRUNAPE a los 5 años de edad pero aparecieron indicadores de riesgo de dificultades del aprendizaje en el control con psicopedagogía. Se observaron dificultades en conciencia fonológica que podrían conducir luego a dificultades en la adquisición de la lectura y escritura.

- 2: Mariana RNPT de 32 semanas de edad gestacional y un peso 1.900 gr, fue derivada a tratamiento de Terapia Ocupacional luego del control a los 4 años ya que presentaba dificultades en motricidad fina y coordinación viso-motora. La terapeuta solicitó además evaluación de Psicopedagogía para determinar el impacto de esto en los aprendizajes escolares. La interconsulta derivó en una co-terapia de ambas disciplinas.
- 3: Brian RNPT extremo de 26 semanas de edad gestacional y un peso de 720 gr. En la evaluación a los 5 años evidenció un buen nivel de lenguaje pero no logró los ítems que ponen en juego la función motora fina. El niño ya estaba realizando tratamiento de Kinesioterapia y Terapia Ocupacional, por lo que esta dificultad sería abordada en estas terapias. Sin embargo, la evaluación específica de Psicopedagogía mostró también dificultades en relaciones y posiciones espaciales, integración viso-motora y manejo del espacio gráfico. Fue así como inició esta nueva terapia con el fin de trabajar previo al ingreso a primer grado y establecer necesidades de adecuaciones y apoyos en el nuevo nivel de escolaridad.

Las tres viñetas clínicas descriptas muestran cómo se articulan, complementan y enriquecen las miradas de los profesionales de las distintas disciplinas mencionadas posibilitando la detección temprana y la intervención oportuna frente al riesgo de aparición de discapacidades menores.

El caso de Joaquín muestra cómo pueden aparecer dificultades específicas en lenguaje, aprendizaje o cognición que necesitan la mirada experta de profesionales de esas áreas para evitar el riesgo de que no sean detectadas en la pesquisa habitual. El caso de Mariana evidencia como una misma dificultad puede ser abordada desde dos disciplinas que resultan complementarias para el logro de un mismo objetivo. Brian plantea como una dificultad más vinculada a aspectos motores puede interferir en el rendimiento escolar y requerir la intervención del área de Psicopedagogía para dar cuenta de esto y reducir al mínimo posible el impacto sobre los aprendizajes.

Los tres casos ejemplifican el rol central del Terapeuta Ocupacional y su mirada clínica para monitorear el desarrollo integral del niño y detectar posibles desviaciones, y a su vez dan cuenta de la importancia del trabajo articulado e interdisciplinario para poder monitorear con mayor profundidad las especificidades de cada área del desarrollo.

Bernabeu et. al. (2009) sostiene que el equipo interdisciplinario está compuesto por profesionales de distintas especialidades que, aunque intervienen de forma independiente, trabajan de forma coordinada para alcanzar objetivos comunes tendientes a conseguir que las personas alcancen el máximo grado de bienestar posible. Los autores también exponen que esta forma de trabajo fomenta la complementariedad de los profesionales, permite compartir una metodología de intervención, facilita la coordinación de servicios y aumenta la fluidez en la comunicación entre profesionales y familiares, siempre con el objetivo de promover la máxima funcionalidad y autonomía del paciente.

La interdisciplina es una forma de cooperación entre disciplinas distintas, a partir de problemas cuya complejidad es tal, que solo pueden ser abordados mediante la convergencia y la combinación prudente de distintos puntos de vista. (D´Hainaut, 1986)

Resultados del programa durante el año 2018

Los controles de seguimiento del año 2018 resultaron en 23 niños derivados a tratamiento de Kinesiología, 27 a Terapia Ocupacional, 24 a Fonoaudiología y 21 a Psicopedagogía (Ver Gráfico 1). Cabe destacar que la mayoría de los niños fueron derivados al menos a dos terapias que resultaron complementarias para la evolución del paciente. En algunos casos, los terapeutas trabajaron en co-terapias, en otros se realizó abordaje grupal de una o varias disciplinas, y en otros, tratamientos individuales. Así se fueron configurando modalidades de abordaje específicas según las necesidades de cada caso.

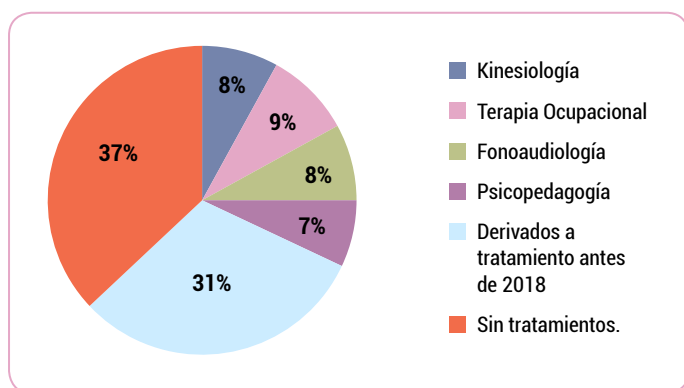


Gráfico 1: "Porcentaje de niños derivados a cada tratamiento."

Cabe destacar que las derivaciones a las distintas disciplinas surgieron, en algunos casos, desde el control de Pediatría y/o

Terapia Ocupacional con la Escala PRUNAPE, pero en otros casos, se trató de niños que pasaron la prueba y las dificultades fueron detectadas en la evaluación más profunda realizada con los especialistas en lenguaje y aprendizaje. Estas derivaciones surgieron en el control de Fonoaudiología y Psicopedagogía establecido por calendario, o bien en interconsultas extras solicitadas por la terapeuta ocupacional frente a sospechas de dificultad. El 47,6% de las derivaciones a Psicopedagogía y el 33,4% de las derivaciones a Fonoaudiología requirieron una mirada más integrada desde distintas disciplinas para poder detectar la dificultad (Ver Gráfico 2).

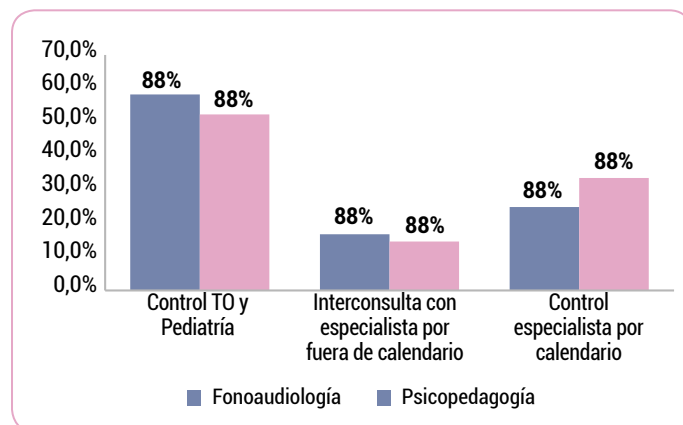


Gráfico 2: "Derivaciones a Psicopedagogía y Fonoaudiología según espacio donde se realiza la detección de la dificultad"

Conclusiones

La experiencia de trabajo en el programa de seguimiento de niños con antecedente de alto riesgo al nacer en el HIGA San José sumado a las distintas investigaciones y bibliografía citada y consultada a lo largo de este trabajo, dan cuenta de la necesidad de un abordaje interdisciplinario en el seguimiento y atención de estos niños.

La mirada del equipo de terapeutas provenientes de distintas disciplinas permite el monitoreo del desarrollo de manera longitudinal con el fin de detectar de manera precoz la existencia de alteraciones en algunas de las áreas del neurodesarrollo y, en caso de existir, comenzar un plan de intervención de manera temprana para poder reducir el impacto que éstas puedan tener en la vida diaria del niño.

En los resultados descritos previamente, vemos como la mirada y evaluación conjunta de disciplinas como Fonoaudiología, Terapia Ocupacional y Psicopedagogía permite la detección de un mayor número de niños con dificultades sutiles que, con la sola evaluación por PRUNAPE, tal vez pasarían por alto. Vemos como el 47,6% de las derivaciones a psicopedagogía y el 33,4% de las derivaciones a fonoaudiología requirieron de la mirada conjunta de las distintas disciplinas para poder detectar las dificultades.

De esta manera, la incidencia de las denominadas discapacidades menores que ha sido documentada en numerosas investigaciones citadas en este artículo se hace evidente en el trabajo en el programa de seguimiento del Hospital San José, ya que es en este tipo de secuelas, en donde la mirada conjunta de profesionales especializados en distintas áreas del desarrollo resulta fundamental para poder pesquisar en detalle cada dificultad.

Disciplinas como las mencionadas a lo largo de este trabajo deberían formar parte del equipo básico de seguimiento de los distintos hospitales y no sólo ser consultores externos frente a necesidades puntuales. Demuestra además como las discapacidades menores son difíciles de detectar desde una mirada única, requiriendo el abordaje de un equipo interdisciplinario que pueda evaluar, interpretar y discutir resultados y observaciones para orientar la mejor opción terapéutica.

Los espacios de intercambio y encuentro del equipo resultan fundamentales para poder pensar de manera conjunta cada caso, logrando un lenguaje común, una mirada integrada y articulada a partir del enriquecimiento del interjuego, conservando la especificidad propia de cada profesión.

Sería interesante, en el futuro, poder complementar lo expuesto con datos cuantitativos que permitieran comparar la detección de discapacidades menores en programas de seguimientos como el de este hospital, en relación a otros en donde no se trabaje con un equipo interdisciplinario constituido. De esta manera se podría objetivar las conclusiones aquí descritas, ya que este estudio analiza una única modalidad de trabajo en un número reducido de casos.

También sería oportuno, analizar la incidencia de las distintas discapacidades menores aquí planteadas, en las distintas edades a lo largo del seguimiento. Esto permitiría optimizar las estrategias de prevención y asistencia. ■

[Recibido: 31/01/19 - Aprobado: 14/05/19]

Referencias Bibliográficas

Abraldes, K., Bin, L., Rodríguez, E., Novali, L. y Contreras, M. (2012). Evaluación del procesamiento del cálculo mental y escrito en recién nacidos pre-término con peso inferior a 1500 gramos. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 21(1) 1-9

Araoz, L. y Otero, M. (2010). Aprendizaje y Escolaridad del niño Prematuro. Desafío para nuestras escuelas. Buenos Aires: Unicef. Recuperado de http://www.unicef.org/argentina/spanish/escuelas_prematuros2.pdf

Aspres, N., Bouzas, L. y Sepúlveda, T. (2016). Organización del Seguimiento del Recién Nacido Prematuro de Alto Riesgo. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Área de Neonatología. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000842cnt-organizacion-seguimiento-prematuros.pdf>

Bernabeu, J., Fournier, C., García Cuenca, E., Moran, M., Plasencia, M., Prades, O. y Cañete, A. (2009). Atención interdisciplinaria a las secuelas de la enfermedad y/o tratamientos en oncología pediátrica. *Psicooncología* 6(2-3), 381-411

Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M., Chou, D., Moiler, A.B., Narwal, R., Adler, A., García, C. V., Rhodes, S., Say, L. y Lawn, J.E. (2012). Nacidos demasiado pronto: Informe de acción global sobre nacimiento de prematuros de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/20121116_wpd_press_release_es.pdf

Departamento de I+D+i de TEA Ediciones 2018. AEI-R. Aptitudes en Educación Infantil – Revisada. Madrid; TEA Ediciones.

D´Hainaut, L. (1986). La interdisciplinariedad en la enseñanza general. En: Coloquio internacional sobre la interdisciplinariedad en la enseñanza general. Organizado por UNESCO (01-05, julio 1985: Santiago de Chile, Chile). La Interdisciplinariedad en la enseñanza general. Santiago de Chile: Sede UNESCO.

Fariás, P., Zunino, V., Baigorri, C. y Blanco, P. (2017). Otorrinolaringología Pediátrica. Influencia de la prematuridad en el desarrollo de la comunicación. *Revista Faso*. 24 (2), 37-42

Gerometta, G., Aspres, N., Schapira, I., Granovsky, G. y Vivas, S. (2014). Evaluación a largo plazo del desarrollo psicomotor e intelectual de niños de 4 a 5 años de edad nacidos pretérmino y con muy bajo peso. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 33(1), 2-7

Gómez, N., Espinosa García, H., Galvis, E., Chaskel, R. y Ruiz Moreno, L. (2014). *Caracterización clínica de los aspectos comportamentales relacionados con el neurodesarrollo en niños de 2 a 5 años con antecedentes de prematuridad en el hospital militar central*. Editorial Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá. Recuperado de <http://unimilitarspace.metabiblioteca.org/bitstream/10654/12404/1/INVESTIGACION%20PREMATUROS%20PREESCOLARES%20HMC.pdf>

Kirk, S., McCarthy, J. y Kirk, W. (2009). Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas ITPA. Madrid: TEA Ediciones.

Lama Pérez, S. (2017). El desarrollo de la autonomía en los niños. (Parte I). Online: <https://enteteo.wordpress.com/2017/09/21/el-desarrollo-de-la-autonomia-en-los-ninos-parte-i/>

Lejarraga, H., Kelmansky, D., Pascucci, M. y Salamanco, G. (2005). *Prueba Nacional de Pesquisa Manual Técnico*. Buenos Aires: Fundación Hospital Garrahan.

Lizzi, E., Menna, A., y Sirna, S. (2014). Atención temprana. Una perspectiva fonoaudiológica. 2da ed. Argentina: Akadia.

Matute, E., Rosselli M., Ardila A. y Ostrosky, F. (2007). Evaluación Neuropsicológica Infantil. México DF, México: El Manual Moderno Ministerio de Salud. Secretaría de políticas, regulación e institutos. Dirección de estadísticas e información de salud (2014). Estadísticas de hechos vitales, información básica. Recuperado de <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/09/Estadisticasvitales2016.pdf>

Mora, J. A. (1993). Batería Evaluadora de las Habilidades Necesarias para el Aprendizaje de la Lectura y Escritura (BENHALE). Madrid. TEA.

Mulligan, S., (2006), *Terapia Ocupacional en pediatría: procesos de evaluación*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

- Organización Mundial de la Salud (2005). Informe sobre la salud en el mundo. Cada madre y cada niño contarán. Recuperado de https://www.who.int/whr/2005/overview_es.pdf
- Ortiz Pinilla, N. (1991). Escala Abreviada de Desarrollo-EAD, Bogotá, Colombia: Editorial del Ministerio de Salud de Colombia.
- Pascucci, M., Lejarraga, H., Kelmansky, D., Álvarez, M., Boullón, M., Breiter, P. y Waisburg, H. (2002). Validación de la prueba nacional de pesquisa de trastornos de desarrollo psicomotor en niños menores de 6 años. *Archivos argentinos de pediatría. Sociedad Argentina de Pediatría*, 100(5), 374-385. Recuperado de: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2002/374.pdf>
- Polonio López, B., Castellanos Ortega, M.C. y Viana Moldes, I., (2008), *Terapia Ocupacional en la Infancia. Teoría y Práctica*. 1ra edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana
- Ravalli, M. y Ortiz, Z. (2010). Decálogo de los derechos de los recién nacidos prematuros. Unicef. Recuperado de <https://www.unicef.org/argentina/spanish/DECALOGO.pdf>
- Ríos Flórez, J. A., Álvarez-Londoño, L. M., David-Sierra, D. E., y Zuleta-Muñoz, A. C. (2018). Influencia del nacimiento pretérmino en procesos conductuales y emocionales de niños en etapa escolar primaria. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(1), 177-197. doi:10.11600/1692715x.16110
- Ríos Flórez, J. A. y Cardona Agudelo, V. (2016). Procesos de aprendizaje en niños de 6 a 10 años de edad con antecedente de nacimiento prematuro. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(2), 1071-1085. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v14n2/v14n2a14.pdf>
- Rivas, A. (2004). *La Terapia Ocupacional en la Infancia*. Recuperado de <http://club.ediba.com/la-terapia-ocupacional-en-la-infancia/>
- Rojas, P. y Moore, R. (2006). Prematuridad y Discapacidades Menores. *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 7(1), 17-20. Recuperado de <http://www.sochipe.cl/Revista-Chilena-de-Pediatria-7-6-2016/files/assets/downloads/publication.pdf>
- Rojo Mota, G. (2008). Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones. *Trastornos Adictivos*, Trastornos adictivos: Organo Oficial de la Sociedad española de Toxicomanías. 10(2), 88-97. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2673275>
- Sansavini, A., Guarini, A. y Savini, S. (2011). Retrasos lingüísticos y cognitivos en niños prematuros extremos a los 2 años: ¿retrasos generales o específicos? *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología del Departamento de Psicología, Universidad de Bolonia, Italia*, 31(3), 133-147
- Schapiro, I. (2007). Comentarios y aportes sobre desarrollo e inteligencia sensorio-motriz en lactantes. Análisis de herramientas de evaluación de uso frecuente. Actualización bibliográfica. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 26(1), 21-27
- Testa, A. y Salamanco G. (2017). Revisión bibliográfica. Precusores de trastornos del aprendizaje. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires*, 59(267), 255-261. Recuperado de <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2018/01/267-05-Revisio%CC%81n-bibliogra%CC%81fica.pdf>
- UNICEF. (2008). Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud materna y neonatal, 9(1) 9-20. Recuperado de https://www.unicef.org/spanish/publications/files/SOWC_2009_Main_Report_LoRes_PDF_SP_USLetter_03112009.pdf
- UNICEF y Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación (2018). Mapa de instituciones participantes de la campaña por la semana del prematuro 2018. Recuperado de: <http://semanadelprematuro.org.ar/mapa-de-instituciones/>
- Viana Moldes, I. y Pellegrini Spangenberg, M. (2008). Consideraciones contextuales en la infancia. *Introducción al desarrollo del niño. Terapia Ocupacional en la Infancia. Teoría y Práctica*. 1ra edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana
- Wechsler, D. (2014). *WPPSI IV Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria*. Barcelona: Pearson Clinical and Talent Assessment. Adaptación española.
- Wechsler, D., Flanagan, D. y Kaufman, A. (2010). *WISC-IV. Escala de Inteligencia de Wechsler para niños -IV: Manual técnico y de interpretación*. 4ta edición. Madrid: Tea.

Cómo citar este artículo:

Andrés, S. V. y Gennaro, M. F. (2019). Experiencia en el abordaje interdisciplinario para la detección de discapacidades menores en niños con antecedentes de prematuridad y alto riesgo al nacer. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(1), 60-68.