



## **PRÁCTICA DE AULA 9. DESARROLLO PSICOMOTOR. TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO (RETRASO PSICOMOTOR, SIGNOS DE ALERTA DE TEA, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, PARÁLISIS CEREBRAL)**

### **1. Desarrollo psicomotor normal.**

- Valorar el desarrollo psicomotor (DPM) y afectivo en todas sus áreas: motor grueso y fino, lenguaje y sociabilidad.
- Población diana entre 0 y 14 años especialmente los menores de 3 años. Se realizan en los controles habituales de salud.
- Se usan escalas como el test de Denver II y/o el Haizea-Llevant.
- Tener en cuenta los signos de alerta que, aunque no presuponen la existencia de un problema, obligan a un seguimiento estrecho.

### **2. Alteraciones en el neurodesarrollo**

#### **a. Retraso psico-motor.**

- Limitación persistente para alcanzar los hitos del desarrollo dentro del rango de edad esperado. El RPM implica un retraso de al menos 2 DE en 2 o más escalas.
- Este diagnóstico se reserva para menores de 5 años, época en la que no resulta sencillo medir de manera precisa y fiable el cociente intelectual (CI) ni el nivel de gravedad clínica.
- Se trata, por tanto, de un diagnóstico provisional; algunos niños finalmente tendrán un diagnóstico de discapacidad intelectual, o tal vez de otros trastornos de neurodesarrollo, y otros incluso alcanzarán un desarrollo típico.

#### **b. Signos de alerta del “Trastorno de espectro autista”.**

- Se debe realizar un cribado sistemático de TEA para detectar niños de riesgo. Esta recomendación no está avalada por la evidencia científica, pero el diagnóstico habitualmente tardío hace que Salud Mental aconseje realizar este cribado.
- Se debe realizar a menores de 24 meses de edad (a los 18 y 24 meses). Con las herramientas CHAT y M-CHAT.
- El diagnóstico precoz es fundamental para proporcionar un tratamiento precoz, una planificación educativa y un apoyo socio-familiar que determinarán un mejor pronóstico.
- Los niños que resultan positivos en el cribado deben ser remitidos a Salud Mental.

**PEDIATRIA SAILA**  
**DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA**



### **3. Discapacidad intelectual**

#### **a. Definición y causas.**

- La DI se define como un funcionamiento intelectual significativamente inferior al normal para la etapa de desarrollo del niño, que coexiste con déficits en las conductas adaptativas (autocuidado, vida en el hogar, comunicación e interacciones sociales).
- Estadísticamente, la DI se define como un rendimiento cognitivo dos desviaciones estándar por debajo de la media (aproximadamente por debajo del percentil 3) de la población general, medido mediante pruebas de inteligencia estandarizadas.
- La clasificación de los niveles de DI según la CIE-10 (leve, moderado, severo y profundo). Se recomienda clasificar la DI según el funcionamiento adaptativo (actividades de la vida diaria) y no solo según el coeficiente intelectual (CI).
- La etiología de la lesión del sistema nervioso central que resulta en DI puede incluir trastornos genéticos, influencias teratogénicas, lesiones perinatales, enfermedades o lesiones adquiridas en la infancia y determinantes ambientales y sociales de la salud

#### **b. Enfoque diagnóstico-terapéutico.**

- El primer paso en el diagnóstico y tratamiento de un niño con DI es identificar las fortalezas y debilidades funcionales para fines de terapias médicas y de rehabilitación.
- La historia clínica y la exploración física pueden sugerir un diagnóstico que podría confirmarse mediante pruebas de laboratorio o imágenes.
- Las pruebas de laboratorio más utilizadas incluyen el análisis cromosómico y la resonancia magnética cerebral.
- Casi un tercio de las personas con DI no tienen razones fácilmente identificables para su discapacidad

**PEDIATRIA SAILA**  
**DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA**



#### **4. Parálisis cerebral**

##### **a. Definición y causas.**

- Un grupo de síndromes de deterioro motor no progresivos, pero a menudo cambiantes, secundarios a anomalías o lesiones cerebrales que surgen antes o después del nacimiento.

##### **b. Clínica.**

- La mayoría de los niños con parálisis cerebral (PC), excepto en sus formas más leves, son diagnosticados durante los primeros 18 meses de vida cuando no alcanzan los hitos motores o presentan anomalías como función motora gruesa asimétrica, hipertonía o hipotonía.
- La PC puede caracterizarse con mayor detalle por las partes del cuerpo afectadas y por el tipo predominante de trastorno motor.
- Las comorbilidades en estos niños son frecuentes (epilepsia, dificultades de aprendizaje, problemas de conducta y deficiencias sensoriales).

##### **c. Enfoque diagnóstico-terapéutico.**

- El tratamiento depende del patrón de disfunción
- La parálisis cerebral no tiene cura, pero diversas intervenciones pueden mejorar las capacidades funcionales, la participación en la sociedad y la calidad de vida.
- Como en todos los niños, es importante evaluar y reforzar las fortalezas, especialmente en niños intelectualmente sanos o superdotados que presentan déficits motores simples.

#### **Bibliografía anexa**

[https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/vida\\_saludable\\_publicaciones/es\\_def/adjuntos/prog\\_salud\\_infantil\\_es.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/vida_saludable_publicaciones/es_def/adjuntos/prog_salud_infantil_es.pdf).

<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06.pdf>

<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11.pdf>