

Preescolar de 13 mesos intolerant als canvis posturals

Miguel Á. Capó-Juan¹, M^a Magdalena Capó-Juan²

¹ Servei de Valoració i Atenció Primerenca. Conselleria de Família i Serveis Socials. Palma de Mallorca. Illes Balears. ² Departamento de Lingüística. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid

RESUM

Introducció. El tractament més habitual en el retard psicomotor promou facilitar canvis posturals en funció de les necessitats de cada infant. Quan aquests canvis posturals van acompanyats de plors inconsolables i perllongats, pot ser degut a un trastorn perceptivosensorial. En aquests casos, resulta terapèuticament adequat atendre de manera paral·lela els aspectes sensorials i motors.

Cas clínic. Nen de 13 mesos amb retard psicomotor derivat a estimulació precoç. Avaluació: a nivell motriu no volteja cap a cap decúbit ni fa desplaçaments per ell mateix; pot fer uns passos acompanyat de la mare però de puntetes; en sedestació roman estable i juga; presenta pinça fina bilateral segons l'edat cronològica. Presenta alguns reflexos primitius o tòncics, com el recolzament positiu, els tòncics laberíntics i el cervical tònic simètric.

Comentaris. Després de dos mesos de tractament tenint en compte els aspectes sensorials i motrius, el nen ja no plora fent els canvis posturals, és capaç de passar de sedestació a sedestació obliqua, i d'aquesta a la sedestació de genolls i a la posició quadrúpeda. La col·laboració familiar, aplicant les pautes recomanades, ha estat una peça clau en el tractament.

Paraules clau: Integració. Infant. Retard psicomotor.

PREESCOLAR DE 13 MESES INTOLERANTE A LOS CAMBIOS POSTURALES

Introducción. El tratamiento más habitual en el retraso psicomotor promueve facilitar cambios posturales en función de las necesidades de cada niño. Cuando estos cambios vienen acompañados de un llanto inconsolable y prolongado, puede ser debido a un trastorno perceptivo-sensorial. En estos casos, resulta terapéuticamente adecuado atender paralelamente los aspectos sensoriales y motrices.

Caso clínico. Niño de 13 meses con retraso psicomotor derivado a estimulación precoz. Evaluación: a nivel motriz no voltea hacia ningún decúbito ni realiza desplazamientos por sí solo; puede dar unos pasos acompañado de la madre, pero sobre las puntas de los pies; en sedestación permanece estable y juega; presenta pinza fina bilateral acorde con la edad cronológica. Se encuentran presentes algunos reflejos primitivos o tónicos, como el apoyo positivo, los tónicos laberínticos y el cervical tónico simétrico.

Comentarios. Después de dos meses de tratamiento teniendo en cuenta los aspectos sensoriales junto a los motrices, el niño ya no

llora con los cambios posturales. Es capaz de pasar de sedestación a sedestación oblicua, y de ésta a sedestación de rodillas, y a posición cuadrúpeda. La colaboración familiar, poniendo en práctica las pautas recomendadas, ha sido clave en el tratamiento.

Palabras clave: Integración. Niño. Retraso psicomotor.

THIRTEEN-MONTH-OLD CHILD WITH RESISTANCE TO POSTURAL CHANGES

Introduction. The most common treatment for psychomotor delay in children consists in enforcing postural changes. Prolonged crying when children are changed to a new position can be a sign of a sensory processing disorder. Addressing sensory and motor aspects simultaneously may be an effective approach.

Case report. A 13-month-old child with psychomotor delay was referred to our service for early intervention. On assessment, the child did not turn into any decubitus and was not able to move or crawl on its own. He was able to take small steps when held, but tiptoeing. He was able to uphold a sitting position and play, and he had a mature pincer grip. He had some primitive or tonic reflexes, such as the positive support, tonic labyrinthine, and symmetrical tonic cervical reflexes.

Comments. After two months of treatment, the child did not longer cry when he was led into postural changes. He was able to move sequentially from a sitting position into an oblique sitting position, and then into a hands-and-knees crawling position. Family participation was essential in this process.

Key words: Integration. Children. Psychomotor delay.

Introducció

El retard psicomotor és degut a molts motius i processos, i sol constituir un diagnòstic inespecífic mentre es van fent altres proves per descartar diverses malalties o lesions. La detecció i la identificació precoç del retard psicomotor és fonamental per al benestar de l'infant i el seu entorn¹. Hi ha casos en què la falta de progressió psicomotora pot ser deguda a un trastorn perceptivosensorial. La intolerància als canvis posturals manifestada per plors constants de l'infant quan és col·locat en postures en què no se sent segur o no pot integrar, pot dificultar la pròpia evolució en l'aspecte motor². Alguns estudis que comparen el tractament d'aspectes

Correspondència: M^a Magdalena Capó-Juan
Departamento de Lingüística. Universidad Autónoma de Madrid
Ciudad Universitaria de Cantoblanco. Ctra. de Colmenar, km. 16. 28049 Madrid
magdalena.capo@uam.es

Treball rebut: 07.01.2015
Treball acceptat: 28.08.2015

Capó-Juan MA, Capó-Juan MM.
Preescolar de 13 mesos intolerant als canvis posturals.
Pediatr Catalana. 2016;76(4):149-51.

psicomotors amb distintes tècniques, com la integració sensorial, el tractament del neurodesenvolupament o l'enfocament perceptivomotor, conclouen que la selecció de la tècnica terapèutica s'ha de fer en funció de les necessitats sensorials i motrius de cada infant³. El tractament aplicat aquí consisteix a estimular mitjançant el joc actiu per aconseguir la progressió psicomotora més adient, integrant els reflexos primitius i tòncics, i treballant les alteracions perceptives i sensorials. L'estimulació dels sentits ha de ser el fonament que condueixi a l'estimulació evolutiva motriu, i constituir un esquema habilitador conjunt.

Cas clínic

Nen de 13 mesos amb retard psicomotor derivat a estimulació precoç.

No presentava antecedents familiars greus; embaràs controlat a terme amb part induït amb presentació cefàlica; Apgar 8/10; examen neonatal normal.

Exploració actual: ressonància magnètica nuclear cranial normal; exploració neurològica normal amb permanència d'alguns reflexos; falta d'instauració del reflex postural de paracaigudes i elevació lleugera del to. A nivell motriu manté la sedestació estable però no passa a bipedestació; pot fer uns passos acompanyat de la mare, però de puntetes; no volteja cap a cap decúbit; no va de grapes; en sedestació es queda estàtic i juga, però no es desplaça. Presenta pinça fina bilateral adequada. La mare comenta que va començar amb la sedestació ben aviat, i que sempre que plorava se l'agafava en braços i no se l'incentivava a fer cap activitat.

A nivell comunicatiu presenta també un retard en l'adquisició del llenguatge i la comunicació. Presenta balbuceig reduplicatiu (ma-ma-ma) quan fa peticions, i saluda quan entra a la sala amb el gest de la mà, però no verbalment; inicia interacció comunicativa amb el terapeuta assenyalant amb l'índex i el braç estirat el que vol (protoimperatiu) i mirant alternativament l'objecte i el terapeuta (atenció conjunta). Presenta una atenció moderada, però no entén ni segueix instruccions senzilles com «agafa» o «dóna». Segueix l'objecte amb la mirada i gira el cap fins on pot per localitzar el terapeuta o bé objectes pels quals té interès. Presenta un nivell baix d'imitació i no repeteix síl·labes o sons vocàlics o consonàntics durant les sessions.

El que es va observar a les primeres sessions era que el nen no tolerava els canvis posturals, i que es mantenien alguns reflexos primitius i tòncics. L'objectiu va ser estimular-lo, evitant l'ansietat i els plors, amb la intenció de transformar els reflexos presents en reaccions posturals evolutives, i avançar en les fites motrius per aconseguir mantenir diverses posicions durant un temps mínim. Els reflexos presents eren el recolzament positiu (RP), els reflexos tòncics laberíntics (RTL) i el reflex cervical

tònic simètric (RCTS) –que haurien d'haver desaparegut al llarg del segon trimestre de vida⁴–, i, d'altra banda, no havien aparegut els reflexos posturals de paracaigudes (recolzament de les mans a terra, com a reacció de defensa per evitar la caiguda). L'RP és present si quan es col·loca l'infant en bipedestació es dona una extensió espontània de genolls (*genurecurvatum*) i flexió plantar; si aquest reflex perdura condueix a la marxa de puntetes. Els RTL són presents si quan es col·loca l'infant en una posició determinada i es provoca un canvi en el posicionament cefàlic anterior o posterior, es dona un canvi en la posició del tronc que acompanya el moviment cefàlic. L'RCTS és present si quan es col·loca l'infant en posició quadrúpeda i es duu el cap a l'anterior, es dona una flexió de membres superiors amb extensió del membres inferiors (si es duu el cap al posterior es donen accions contràries)⁵.

El treball es va dur a terme mitjançant el joc, i es van presentar les joguines al nen amb la finalitat de condicionar-lo i provocar-li, de manera activa, els canvis necessaris per arribar a determinades posicions com la sedestació obliqua o la posició quadrúpeda, entre altres. Tots els reflexos van ser treballats en paral·lel a cada sessió amb la finalitat d'integrar-los i desenvolupar les reaccions posturals pertinents.

Inicialment es va treballar el reflex de recolzament. En el desenvolupament típic, als 13 mesos, l'RP ja hauria d'haver desaparegut, així s'haurien relaxat els extensors de les articulacions proximals i el segment hauria quedat lliure per al moviment perquè el taló del peu recolzés a terra⁵. Per treballar aquest reflex es van utilitzar diverses textures aplicades als peus, tant en bipedestació com en sedestació. Així mateix, es van aplicar tècniques de massoteràpia (ús de tècniques de massatge amb fins terapèutics) suaus⁶ a la regió plantar. A continuació es van treballar els RTL. En aquest cas, era més present l'RTL anterior que el posterior, i això va fer que augmentés el to i hi hagués un desequilibri postural que va provocar problemes d'equilibri, dificultats propioceptives i dificultats d'orientació i percepció temporoespacial. Per tot això, es va treballar el posicionament del cap mitjançant l'estimulació visual, amb la intenció que el nen es fixés en objectes i els agafés en distintes posicions sense aixecar la planta del peu de terra. Finalment es va treballar l'RCTS, perquè si aquest ja no estigués present, el nen podria arribar a la posició quadrúpeda i de cavaller (partint de la posició de genolls, l'infant posiciona un dels peus a terra) i posteriorment a la bipedestació. És necessari integrar aquest reflex per evitar alteracions a totes les vies de desplaçament i facilitar la coordinació oculomanual. Es va anar col·locant el nen en posició quadrúpeda, de sedestació obliqua i de genolls sense forçar, i es va fer un treball de cames i braços amb la intenció d'agafar una joguina amb la mà quan es presentava en posició elevada. Cal assenyalar que, en l'exploració inicial, aquest era un reflex de persistència lleu i que després de dos mesos de tractament ja es va integrar.

Discussió

Els reflexos del neurodesenvolupament actuen al llarg de tota la vida, controlant la postura i els moviments⁷. La persistència o presència de reflexos primitius o tòncics més enllà del primer any és un signe d'alerta, així com el retard en l'adquisició dels reflexos posturals i la presència d'asimetries en la resposta reflexa. Segons assenyalen estudis recents, els dèficits en integració sensorial requereixen una complexa elaboració diagnòstica⁸.

La col·laboració familiar ha estat imprescindible, tant pel fet de reduir la sobreprotecció com pel fet d'aplicar les pautes indicades a les sessions, seguint alguns principis del Programa Centrat en la Família⁹.

Després de dos mesos de tractament, el nen ja gairebé no plora a les sessions i tolera els canvis posturals, encara no camina tot sol, però ja és capaç de passar de sedestació a sedestació obliqua i d'aquesta a sedestació de genolls i a posició quadrúpeda. A més, es manté en posició quadrúpeda i comença a fer la posició de cavaller. Acompanyat de la mare, ja no camina de puntetes. El posicionament cefàlic ha reduït notablement el to i, a més, ha aparegut el reflex postural de paracaigudes anterior i lateral. Per tant, les estratègies fixades amb la finalitat d'integrar els reflexos han permès aconseguir les reaccions posturals i facilitar aquest procés (Taula I).

TAULA I

Resum de les estratègies per a la integració dels reflexos

Reflexos presents	Reaccions posturals evolutives	Estratègies fixades
Recolzament positiu (RP)	Recolzament estable.	Usar textures i tècniques de massoteràpia.
Reflexos tòncics laberíntics (RTL)	Postura el més erecta possible sense aixecar la planta del peu de terra.	Agafar i visualitzar una joguina en diferents angles.
Reflex cervical tònic simètric (RCTS)	Facilitar la posició quadrúpeda i de cavaller.	Agafar i visualitzar una joguina en posició elevada.

Algunes tècniques d'integració sensorial, tot i que requereixen més estudis que en confirmin la validesa¹⁰, resulten ser útils en aquest cas. L'habilitació pediàtrica ha de tenir en compte tots els abordatges i dur a terme les activitats necessàries per aconseguir millores en l'àmbit psicomotor, sigui quin sigui el diagnòstic inicial. El coneixement dels reflexos primitius i la seva valoració són tasques necessàries per a la pràctica quotidiana en pediatria⁴.

Bibliografia

1. Council on Children With Disabilities; Section on Developmental Behavioral Pediatrics; Bright Futures Steering Committee; Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics*. 2006;118(1):405-20.
2. Ayres AJ. La integración sensorial en los niños: desafíos sensoriales ocultos. Madrid: TEA ediciones; 2008.
3. Wang YP, Wang CC, Huang MH, Su CY. Prospective study of the effect of sensory integration, neurodevelopmental treatment, and perceptual-motor therapy on the sensorimotor performance in children with mild mental retardation. *Am J Occup Ther*. 2009;63(4):441-52.
4. Alvarado Ruiz GA, Martínez Vázquez RI, Solís Chan M, Plaza García M, Gómez Ramírez D, Mandujano Valdés MA, et al. Los reflejos primitivos en el diagnóstico clínico de neonatos y lactantes. *Rev Cienc Clin*. 2009;9(1):15-26.
5. Bobath B. Actividad postural refleja anormal causada por lesiones cerebrales. Buenos Aires: Ed. Panamericana; 1987.
6. Gómez Gómez MC. Aulas multisensoriales en educación especial. Vigo: Ideaspropias Editorial; 2009.
7. Serrano Gómez ME. Reacciones primitivas y reacciones neuromotoras: sustrato neurológico del comportamiento motor en el ser humano. *Mov Cient*. 2008;2(1):6-13.
8. Owen JP, Marco EJ, Desai S, Fourie E, Harris J, Hill SS, et al. Abnormal white matter microstructure in children with sensory processing disorders. *Neuroimage Clin*. 2013;2:844-53.
9. Smith J, Swallow V, Coyne I. Involving parents in their child's long-term condition-a concept synthesis of family-centered care and partnership-in-care. *J Pediatr Nurs*. 2014;30(1):143-59.
10. Hodgetts S, Hodgetts W. Somatosensory stimulation interventions for children with autism: literature review and clinical considerations. *Can J Occup Ther*. 2007;74(5):393-400.