

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN



Desarrollo de los reflejos en niños menores de un año

Trabajo académico presentado para optar el Título de Segunda
Especialidad Profesional de Educación Inicial

Autor:

Catalina Manchay Farceque

JAEN – PERÚ

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN



Desarrollo de los reflejos en niños menores de un año

Los suscritos declaramos que la monografía es original en su contenido y
forma

Catalina Manchay Farceque (Autor)

Segundo Oswaldo Alburqueque Silva (Asesor)

JAEN – PERÚ

2020



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO

En Jaén, a los veinte días del mes de febrero del dos mil veinte, se reunieron en la I.E. Jaén de Bracamoros los integrantes del Jurado Evaluador, designado según convenio celebrado entre la Universidad Nacional de Tumbes y el Consejo Intersectorial para la Educación Peruana, al Dr. Oscar Calixto La Rosa Feijoo, coordinador del programa, representantes de la Universidad Nacional de Tumbes (Presidentes), Mg. Blanca Barreto Escaroto (Secretaría) y Mg. Jorge Luis Artzaga Salazar (Vocal), representantes del Consejo Intersectorial para la Educación Peruana, con el objeto de evaluar el trabajo académico de tipo monográfico denominado: "Desarrollo de los reflejos en niños menores de un año", para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional de Educación Inicial a la señora Catalina Manchay Farceque.

A las once horas cuarenta minutos y de acuerdo a lo estipulado por el Reglamento respectivo, el Presidente del Jurado dio por iniciado el acto.

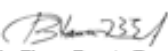
Luego de la exposición del trabajo, la formulación de preguntas y la deliberación de jurado lo declararon aprobado por unanimidad con el calificativo


BUENO

Por tanto, Catalina Manchay Farceque, queda APTA, para que el Consejo Universitario de la Universidad Nacional de Tumbes, le expida optar el Título de Segunda Especialidad Profesional de Educación Inicial.

Siendo las once horas con veinte minutos, el presidente del Jurado dio por concluido el presente acto académico, para mayor constancia de lo actuado firmaron en señal de conformidad todos los integrantes del jurado.


Dr. Oscar Calixto La Rosa Feijoo
Presidente del Jurado


Mg. Blanca Barreto Escaroto
Secretaría del Jurado


Mg. Jorge Luis Artzaga Salazar
Vocal del Jurado

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a DIOS y a mis
Padres, que son mi razón de vivir y
de luchar día a día por salir
adelante, por su apoyo
incondicional su amor y la fortaleza
que me otorgan.

INDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCION | 8 |
| CAPITULO I: | 10 |
| REFLEJOS ARCAICOS..... | 10 |
| Objetivos: | |
| 1.1. ¿A que conocemos como reflejos Arcaicos?..... | 10 |
| 1.2. Síntomas de reflejos no integrados: | 11 |
| 1.3. Reflejos del Primer año de vida: | 12 |
| CAPITULO II: | 17 |
| EXAMENES DE VALORACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR | 17 |
| 2.1. Test de Apgar: | 17 |
| 2.2. Test de Ballard: | 19 |
| 2.2.1. Criterios Físicos: | 20 |
| 2.2.2. Criterios Neurologicos: | 20 |
| 2.3. Examen de Motricidad: | 21 |
| CAPITULO III: | 24 |
| DESARROLLO NEUROEVOLUTIVO | 24 |
| 3.1. ¿Qué es? | 24 |
| 3.2. Circuito Tónico Motor: | 25 |
| 3.2.1. Los primeros tres meses:..... | 25 |
| 3.2.2. El segundo trimestre:..... | 25 |
| 3.2.3. El tercer trimestre:..... | 26 |
| 3.2.4. El cuarto trimestre: | 27 |
| 3.2.5. De los 12 a los 18 meses: | 27 |
| 3.3. Circuito Sensorial:..... | 28 |
| 3.3.1. El primer trimestre: | 28 |
| 3.3.2. El segundo trimestre:..... | 28 |
| 3.3.3. El tercer trimestre:..... | 28 |
| 3.3.4. El cuarto trimestre:..... | 28 |
| 3.4. Circuito Expresivo-Comunicativo: | 29 |

| | |
|--|----|
| 3.4.1. El primer trimestre: | 29 |
| 3.4.2. El segundo trimestre:..... | 29 |
| 3.4.3. El tercer trimestre:..... | 29 |
| 3.4.4. El cuarto trimestre:..... | 30 |
| 3.4.5. De los 12 a los 18 meses: | 30 |
| 3.5. Signos de Alarma en el desarrollo Psicomotor: | 31 |
| | |
| CONCLUSIONES: | 33 |
| REFERENCIAS CITADAS | 34 |

RESUMEN

Todos los niños(as) nacen con reflejos automáticos que a medida que pasa el tiempo pueden ir desapareciendo o caso contrario fortalecerse y desarrollarse a plenitud, esto pasa desde los primeros meses de vida hasta pasando el primer año.

El reflejo más conocido y que se desarrolla con mayor habilidad y rapidez es el reflejo de succión del bebe, por su necesidad de alimentarse, y así como este, pueden ser mencionados muchos más. Sí, él bebe depende mucho de mamá y papá a esta edad, pero no es totalmente indefenso, y depende de los padres el desarrollo de estos reflejos para los años posteriores de su vida.

Palabras clave: Reflejos, Motricidad, Reacción.

INTRODUCCION

Resulta común ver a los padres se quedan asombrados cuando ven a su bebé hacer tal o cual cosa. Pero más allá de lo gracioso que puedan resultar algunos de ellos, los reflejos son un excelente indicador que da cuenta de su salud neurológica.

¿Pero qué se conoce como un reflejo? Este es la respuesta involuntaria y automática a un estímulo determinado, que se hace sin pensar (un acto reflexivo en otras palabras). Absolutamente todos los bebés nacen con una serie de reflejos, muchos de los cuales hacen posible su supervivencia: por ejemplo, gracias al reflejo de succión puede alimentarse.

Dado que el bebé ya los trae al nacer, se los denomina “arcaicos”. Muchos perduran de por vida, mientras que otros reflejos son temporarios, y desaparecen con el correr de los meses, esto será profundizado en el primer capítulo de este trabajo de investigación. Se resalta que estén presentes al nacer, así como que se vayan esfumando con el tiempo, es un parámetro que permite evaluar el desarrollo de su sistema nervioso.

La presencia de un reflejo es un signo de vital importancia que puede indicar el buen o mal funcionamiento y desarrollo del sistema nervioso.

Cuando el bebe va creciendo los reflejos suelen ir desapareciendo, algunos permanecen a durante toda la vida. Un reflejo que todavía esté presente después de la edad en la que normalmente desaparecería puede ser un signo de daño cerebral o daño al sistema nervioso. Cuando el bebé nace posee una serie de reflejos primarios propio del instinto de los humanos desde nuestros antepasados.

Desde el nacimiento los bebés suelen ser neurológicamente inmaduros y estas respuestas automáticas proceden de una antiquísima herencia genética. No todas las respuestas prevalecen y otros se irán desarrollando hasta llegar a convertirse en actos voluntarios que le permitirán adquirir habilidades. Que estén presentes al nacer y que vayan desapareciendo paulatinamente, además de ayudar al bebé permite evaluar el correcto estado y desarrollo de su sistema nervioso, por ello este trabajo monográfico pretende conocer cómo se va dando el desarrollo de los diferentes tipos de reflejos

presentes en los bebés desde su nacimiento hasta cumplir el año de edad siendo los primeros años de vida considerados los más importantes y de mayor aprendizaje para los bebés.

a) Objetivo General:

- Identificar los reflejos en los primeros meses de vida de los niños y niñas y su influencia en el desarrollo neurológico.

b) Objetivos Específicos:

- Reconocer los reflejos que van reforzándose a lo largo de los primeros meses de vida y los que van desapareciendo.
- Analizar la importancia del desarrollo de los reflejos motrices en los niños menores de un año.

CAPITULO I:

REFLEJOS ARCAICOS

1.1. ¿A que conocemos como reflejos Arcaicos?

“Al nacer, el recién nacido (RN) presenta un sistema nervioso central (SNC) inmaduro, con las circunvoluciones poco diferenciadas e incapaz de realizar determinadas actividades de forma voluntaria, por el contrario, su sistema nervioso autónomo (SNA) está más desarrollado, de ahí que existan reflejos primitivos durante los primeros meses de vida”. (FORMACION ALCALA, 2016)

“Los reflejos primitivos o arcaicos son un conjunto de movimientos automáticos e involuntarios realizados por el bebé ante diversos estímulos”. (FORMACION ALCALA, 2016)

“Es necesario que estos reflejos desaparezcan durante los primeros meses para que se desarrolle la actividad voluntaria, de esta forma, las acciones antes realizadas de forma automática e involuntaria pasan a ser controladas de manera voluntaria por las partes superiores del cerebro”. (FORMACION ALCALA, 2016)

En resumen: “Los reflejos primitivos deben aparecer, cumplir su función y desaparecer integrándose en patrones de movimiento más complejos, ya que, si no desaparecen, interferirán en la correcta maduración del SNC, dificultando la adquisición de nuevas habilidades”. (FORMACION ALCALA, 2016)

“El sistema nervioso autónomo o neurovegetativo es la parte del sistema nervioso que controla las acciones involuntarias, como el latido del corazón”. (FORMACION ALCALA, 2016)

“Este sistema se divide en el sistema nervioso simpático, el cual se encarga de aumentar la frecuencia cardiaca, la fuerza de contracción y de prepararnos para reaccionar ante una situación de estrés, el sistema nervioso parasimpático que se encarga de disminuir la frecuencia cardiaca, la fuerza de contracción y de mantener a

nuestro cuerpo en situaciones normales, y el sistema nervioso entérico que se encarga de controlar el sistema gastrointestinal”. (FORMACION ALCALA, 2016)

“Se dice que un reflejo está integrado cuando pase de ser un movimiento automático e involuntario a una actividad voluntaria más compleja, por lo tanto, la integración de un reflejo supone la adquisición de una nueva habilidad”. (FORMACION ALCALA, 2016)

“En ocasiones, estos reflejos primitivos persisten no llegando a integrarse y bloqueando el desarrollo del SNC (lo que impide que el niño progrese hacia actividades más complejas y voluntarias)”. (FORMACION ALCALA, 2016)

La consideración de este aspecto es fundamental en el caso de un niño con una determinada patología, ya que una detección precoz junto con diagnóstico y tratamiento certeros favorecerá el desarrollo funcional, limitando las secuelas.

1.2. Síntomas de reflejos no integrados:

A continuación, se exponen una serie de síntomas que nos pueden hacer sospechar sobre la falta de integración de los reflejos primitivos:

- Dificultad en lectura y aprendizaje.
- Poca coordinación.
- Sin equilibrio.
- dificultad de lateralidad y movimientos cruzados.
- Enuresis y problemas con el control de esfínteres.
- Falta de atención y concentración.
- Dificultad en dar voltereta, saltar a la pata coja o montar en bicicleta.
- Mareo por movimiento.
- Comportamientos problematicos, muy introvertido o agresivo.
- Lenguaje pobre y tardío.
- Hipersensibilidad a la luz, al tacto, a los estímulos visuales o kinestésicos.
- Fea escritura.
- Hiperactividad.
- Impulsividad.

- Problemas de organización.

“La valoración de estos reflejos junto con el desarrollo psicomotor y el progreso del aprendizaje durante los primeros años de vida nos permitirá elaborar un mapa de la evolución de su sistema nervioso. Su conocimiento es esencial para elaborar un plan terapéutico en caso necesario”. (Gomez, 2015)

1.3. Reflejos del Primer año de vida:

“En algunos casos, los reflejos se convierten en comportamiento involuntario, por ejemplo, su bebé nace con un reflejo de "agarre" que lo hace voltear su cabeza hacia su mano si acaricia su mejilla o boca, esto le ayuda a encontrar el pezón para alimentarse”. (FORMACION ALCALA, 2016)

“Al principio buscará de lado a lado, volteando su cabeza hacia el pezón y luego se alejará en arcos más cortos, pero alrededor de las tres semanas simplemente volteará su cabeza y moverá su boca hacia una posición para succionar”. (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRAS, 2015)

“Succionar es otro reflejo de supervivencia presente incluso antes de nacer. Si se realizó una prueba de ultrasonido durante el embarazo, posiblemente pudo ver a su bebé succionándose su pulgar, después del nacimiento, cuando coloca el pezón (el seno o el biberón) en la boca de su bebé y toca el cielo de su boca, automáticamente empieza a succionar”. (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRAS, 2015)

“Este movimiento en realidad ocurre en dos etapas: Primero, coloca sus labios sobre la aureola (el área circular de piel pigmentada alrededor del pezón) y aprieta el pezón entre su lengua y el paladar, llamada "expresión", esta acción impulsará la leche hacia afuera”. (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRAS, 2015)

“Luego viene la segunda fase o acción de ordeñado, en la que la lengua se mueve de la aureola al pezón. La presión o succión negativa ayuda a todo este proceso, que asegura el seno en la boca del bebé”. (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRAS, 2015)

“Coordinar estos movimientos rítmicos de succión con la respiración y la acción de tragar es una tarea relativamente complicada para un recién nacido, por lo que aunque esta es una acción reflexiva, no todos los bebés succionan con eficiencia al principio,

Con práctica, sin embargo, el reflejo se convierte en una destreza que manejarán bien”. (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRAS, 2015)

“A medida que la acción de agarrar, succionar y llevar su mano a su boca se torna menos reflexiva y más dirigida, su bebé empezará a utilizar esos movimientos para autoconsolarse. También se consolará cuando le dé un chupete o cuando le ayude a encontrar su pulgar o sus dedos”. (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRAS, 2015)

“Otro reflejo más dramático durante estas primeras semanas se llama reflejo de Moro, si la cabeza de su bebé cambia de posición abruptamente o cae hacia atrás, o si algo fuerte o abrupto lo sorprende, reaccionará levantando sus brazos y piernas y extenderá su cuello, luego juntará sus brazos rápidamente y es posible que llore fuerte”. (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRAS, 2015)

“El reflejo de Moro, que puede estar presente en diversos grados en diferentes bebés, llega a su punto máximo durante el primer mes y luego desaparece después de dos meses”. (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRAS, 2015)

“Una de las respuestas automáticas más interesantes es el reflejo tónico del cuello, también conocido como la posición de defensa, posiblemente note que cuando su bebé voltea su cabeza a un lado, estira el brazo de ese lado, con el brazo opuesto doblado como si estuviera en posición de defensa. Sin embargo, no se sorprenda si no ve esta respuesta, es sutil y posiblemente su bebé no la haga si está molesto o llora, desaparece de los cinco a los siete meses de edad”. (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRAS, 2015)

“Verá otro reflejo cuando acaricie la palma de la mano de su bebé y él agarre su dedo inmediatamente, o bien, acaricie la planta de su pie y vea que la flexiona a medida que dobla los dedos de sus pies con fuerza”. (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRAS, 2015)

“En los primeros días después del nacimiento, su bebé apretará tan fuerte que parecerá que puede sostener su propio peso, pero no lo intente, él no tiene control de esta respuesta y posiblemente desaparezca de repente”. (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRAS, 2015)

“Además de su fuerza, el otro talento especial de su bebé es dar pasos, no es capaz de soportar su propio peso, por supuesto, pero si lo sostiene de sus brazos (teniendo

cuidado de sostener también su cabeza) y permitiendo que la planta de sus pies toquen una superficie plana, él colocará un pie frente al otro y "caminará", este reflejo desaparecerá después de dos meses, luego al final del primer año, vuelve a ocurrir como el comportamiento voluntario aprendido de caminar". (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRAS, 2015)

“Aunque posiblemente piensa que su bebé es totalmente indefenso, en realidad cuenta con muchos reflejos de protección, por ejemplo, si un objeto viene directo hacia él, voltará su cabeza e intentará esquivarlo”. (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRAS, 2015)

“Sorprendentemente, si el objeto va en un camino en el que no lo golpeará, lo verá acercarse con calma sin estremecerse), sí, él depende mucho de mamá y papá a esta edad, pero no es totalmente indefenso”. (Taconni, 2018)

Se pueden dividir los reflejos en 2 tipos: Temporales y permanentes como se ve a continuación:

- Temporales: Son los que, con el correr de las semanas o los meses, se irán desvaneciendo hasta desaparecer.

1. El reflejo de marcha: Sin duda es el reflejo que más sorprende a los papás cuando el pediatra examina al bebé.

“Cuando se lo sostiene del tronco en posición vertical (como si se lo quisiera parar) y sus pies se apoyan en una superficie plana, el pequeño flexiona y levanta una pierna y después la otra, como si quisiera dar pasitos y caminar”. (Taconni, 2018)

Duración: 45 días de vida.

2. Reflejo de Moro: “Cuando el bebé se asusta o se sobresalta por un ruido fuerte, o cuando se siente inseguro porque se practica una maniobra repentina o tiene sensación de caer, el bebé abre y extiende bruscamente las piernas y los bracitos hacia los lados, y después los cierra, como en un abrazo. Este reflejo es uno de los que el pediatra examina durante las visitas de rutina, porque brinda información sobre el tono muscular del bebé”. (Taconni, 2018)

Duración: comienza a desvanecerse a partir de los 2 meses.

3. Reflejo perioral o de búsqueda: Es el reflejo que le sirve para buscar el alimento. “Cuando se le roza la mejilla con el pezón o con un dedo, el bebé gira su cabecita en dirección al estímulo y abre la boca, “buscando” el pecho de la mamá”. (Taconni, 2018)
Duración: 4 meses
4. Reflejo de succión: “Si metemos un dedo, un chupete, o el pezón dentro de la boca del bebé, comienza a succionarlo con vigor. Este reflejo está presente aún antes de nacer, y muchas veces se lo puede comprobar durante una ecografía, al ver cómo el bebé se chupa el dedo dentro del útero materno. Se trata de un reflejo vital, ya que hace posible que el pequeño pueda alimentarse desde el momento mismo en que nace”. (Taconni, 2018)
Duración: si bien el bebé seguirá succionando el pezón o la mamadera, el reflejo de succión propiamente dicho desaparece alrededor de los 4 meses.
5. Reflejo de prensión palmar: “Si colocamos un dedo o cualquier objeto en la palma de su mano, el bebé la cerrará con fuerza flexionando los dedos y lo traccionará hacia él, es otro de los reflejos que dejan boquiabiertos a los padres: si se le colocan ambos dedos en sus manos, se agarrará con tanta fuerza que se lo puede levantar, y será capaz de sostener todo su peso y mantenerse colgado, sujetándose únicamente con sus manitos”. (Taconni, 2018)
Duración: persiste hasta los 3 o 4 meses.
6. Reflejo de prensión plantar: “Similar al de prensión palmar, al deslizar un dedo por la planta del pie, desde el talón hacia los deditos, el bebé doblará el piecito hacia adentro, como si intentara “agarrar” el dedo”. (Taconni, 2018)
Duración: comienza a esfumarse a los 6 meses.
7. Reflejo del esgrimista o tónico del cuello o de la nuca: “Cuando el bebé está acostado boca arriba gira la cabeza hacia un lado, extiende el brazo que se encuentra en dirección a su mirada, y al mismo tiempo flexiona

el brazo y la pierna del lado contrario, y si rotamos su cabecita hacia el otro lado, invierte la posición”. (Taconni, 2018)

Duración: no es tan evidente al nacer, sino que se observa desde los 2 hasta los 6 meses.

- Reflejos Permanentes:

A diferencia de los temporarios, estos reflejos no desaparecen sino que persisten para toda la vida.

1. Reflejo de parpadeo: ¿Su función? Proteger la córnea. “Es el reflejo que hace que, sin pensarlo, cerremos los párpados cuando algo se está acercando a los ojos o ante una fuente de luz intensa”. (Taconni, 2018)
2. Reflejo del estornudo: “Se trata de un reflejo que se manifiesta cuando las vías nasales se irritan, y que, como todos sabemos, nos acompaña toda la vida. Para tener en cuenta: es normal que un recién nacido estornude, y no quiere decir que está resfriado”. (Taconni, 2018)
3. Reflejo nauseoso: “Frente a un estímulo en la garganta o en la parte posterior de la boca, se produce la sensación de náuseas”. (Taconni, 2018)
4. Reflejo del bostezo: “Se cree que la función de este reflejo es aportar oxígeno adicional. Los recién nacidos suelen bostezar mucho, pero no necesariamente significa que tienen sueño”. (Taconni, 2018)
5. Reflejo de la tos: “Funciona igual en los recién nacidos que en los adultos: tose frente a un estímulo en las vías respiratorias”. (Taconni, 2018)

CAPITULO II:

EXAMENES DE VALORACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

2.1. Test de Apgar:

“El test de Apgar es una de las herramientas más utilizadas en la valoración del recién nacido. Se trata de un examen rápido que se realiza en los primeros minutos (minuto 1 y 5) después del nacimiento”. (FORMACION ALCALA, 2016)

La puntuación obtenida en la valoración del primer minuto determina como toleró el bebé el nacimiento y la puntuación del quinto minuto indica como está evolucionando fuera del vientre materno.

“Los aspectos que se examinan son: La frecuencia cardiaca, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, los reflejos o irritabilidad y la coloración de la piel. Cuanta más alta sea la puntuación, mejor será el estado y evolución del bebé al nacer. Cualquier puntuación inferior a 7 es una señal de que el bebé necesita atención”. (FORMACION ALCALA, 2016)

“Una vez realizado un primer test y comprobar que el niño ha tolerado bien el nacimiento y sus primeras horas fuera del vientre materno, es hora de iniciar el examen físico y la exploración de su sistema nervioso”. (FORMACION ALCALA, 2016)

“La puntuación de Apgar es una prueba para evaluar a recién nacidos poco después de su nacimiento. Esta prueba evalúa la frecuencia cardíaca del bebé, su tono muscular y otros signos para determinar si necesita ayuda médica adicional o de emergencia”. (FORMACION ALCALA, 2016)

“Por lo general, la prueba de Apgar (también conocida como "test de Apgar") se le administra al bebé en dos ocasiones: la primera vez, un minuto después del nacimiento, y de nuevo, cinco minutos después del nacimiento, a veces, si el estado físico del bebé

resulta preocupante, se puede evaluar al bebé por tercera vez”. (FORMACION ALCALA, 2016)

El termino Apgar hace referencia a "Aspecto, Pulso, Irritabilidad (del inglés Grimace), Actividad y Respiración."

“En la prueba, se utilizan estos cinco factores para evaluar la salud del bebé. Y cada factor o aspecto se evalúa en una escala que va del 0 al 2, siendo 2 la máxima puntuación posible” (FORMACION ALCALA, 2016)

“Se evalúa el aspecto (color de la piel), pulso (frecuencia cardíaca), irritabilidad (respuesta refleja) (de Grimace en inglés), actividad (tono muscular), respiración (ritmo respiratorio y esfuerzo respiratorio)”. (FORMACION ALCALA, 2016)

“Los médicos, las comadronas o parteras y el personal de enfermería suman las puntuaciones de estos cinco factores para calcular la puntuación de Apgar.” (FORMACION ALCALA, 2016)

“La puntuación que puede obtener un bebé oscila entre 0 y 10. 10 es la máxima puntuación posible, pero la alcanzan muy pocos bebés. Esto se debe a que las manos y los pies de muchos bebés siguen azuladas hasta que entran en calor”. (GAVIN, 2018)

Significado de la puntuación de Apgar del bebé:

“Un bebé que obtiene una puntuación de 7 o superior en la Prueba de Apgar se suele considerar que tiene un buen estado de salud. El hecho de obtener una puntuación inferior no significa que el bebé esté enfermo”. (GAVIN, 2018)

“Lo único que significa es que el bebé necesita algún tratamiento médico inmediato, como succionarle las vías respiratorias o administrarle oxígeno, para ayudarlo a respirar. Hay bebés perfectamente sanos que presentan puntuaciones más bajas de lo normal, sobre todo en los primeros minutos de vida”. (GAVIN, 2018)

“Una puntuación algo más baja (sobre todo en el minuto) es habitual, sobre todo en bebés nacidos, de embarazos de alto riesgo, por cesárea, después de un parto complicado, de forma prematura”. (GAVIN, 2018)

Cinco minutos después de nacer, se vuelve a aplicar la Prueba de Apgar.

“Si la puntuación del bebé era baja en la primera evaluación y no mejora, o al personal médico le preocupa el estado del bebé por otros motivos, el personal médico y de enfermería seguirá aplicando al bebé el tratamiento médico necesario. Y controlarán atentamente al bebé”. (GAVIN, 2018)

2.2. Test de Ballard:

En ocasiones, el bebé puede haber nacido antes de tiempo y ser prematuro, lo que nos obliga a realizar unas pruebas más específicas para estimar cuál sería edad gestacional y estado general.

“Este test es uno de los más utilizados en neonatología para estimar la edad gestacional del RN de forma indirecta. El índice de madurez se calcula mediante la observación de una serie de características físicas y neurológicas a partir de las cuales se asigna una puntuación determinada”. (FORMACION ALCALA, 2016)

La suma total se extrapola para inferir la edad gestacional. Para obtener una conclusión más fiable es necesario comparar los resultados con otros métodos similares (FUR o ecografía lateral), ya que la aplicación del test de Ballard de forma aislada no ha demostrado ser suficientemente concluyente.

“El conocimiento de la edad gestacional (EG) constituye un parámetro imprescindible para el neonatólogo, ya que de él depende en no pocas ocasiones, la actitud diagnóstica y terapéutica”. (FORMACION ALCALA, 2016)

“Determinadas patologías neonatales son más frecuentes en algunos grupos de recién nacidos, por lo que la clasificación de éstos en función del peso al nacer y de su EG es de gran utilidad para establecer con mayor precisión su pronóstico”. (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRAS, 2015)

Hay muchos métodos que son utilizados para datar la EG, tanto prenatales, ecografía (ECO) y fecha de última regla (FUR), como posnatales.

“El test de Ballard (New Ballard Score, NBS) es un método clínico, utilizado frecuentemente en los servicios de neonatología que estima la EG de los recién nacidos. Este test consiste en la observación de una serie de características físicas y neurológicas a partir de las cuales se asigna una puntuación determinada, de la que se infiere una EG”. (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRAS, 2015)

. “Este método se basa en la percepción del observador de los ítems expuestos, es, por tanto, subjetivo, y diferentes observadores pueden obtener resultados distintos al aplicar el NBS en el mismo neonato; por ello es relevante determinar la reproducibilidad del mismo”. (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRAS, 2015)

“Los criterios se dividen en físicos y neurológicos, la suma de ambos permite estimar edades entre 26 y 44 semanas de embarazo de forma adicional podemos encontrar la nueva puntuación de Ballard, utilizada para incluir a los bebés que nacen extremadamente pre-términos (hasta las 20 semanas de embarazo)”. (Pediatría Integral, 2012)

2.2.1. Criterios Físicos:

Suelen ser evaluados en el test de Ballard se puntúan de -1 a 5 e incluyen:

- Piel:
“Maduración de la piel fetal evaluado por la estructura intrínseca de la piel con la pérdida gradual del vernix carnosos”. (GAVIN, 2018)
- Oreja/ojos:
“El pabellón de la oreja cambia su configuración aumentando su contenido cartilaginosa a medida que progresa su madurez”. (GAVIN, 2018)
- Pelo:
“En la inmadurez extrema, la piel carece de las finas vellosidades que la caracterizan, las cuales aparecen aproximadamente durante las 24 ó 25 semanas”. (GAVIN, 2018)
- Superficie plantar:
“En relación con las grietas en la planta del pie”. (GAVIN, 2018)
- Esbozo mamario:
“El tejido en las mamas de los recién nacidos es notorio al ser estimulado por los estrógenos maternos dependiente del grado de nutrición fetal”. (GAVIN, 2018)
- Genitales masculinos:
“Los testículos fetales comienzan su descenso de la cavidad peritoneana al saco escrotal aproximadamente durante la semana 30 de gestación”. (GAVIN, 2018)

2.2.2. Criterios Neurológicos:

Al igual que en los criterios físicos, la puntuación varía del -1 al 5. incluyen:

- Postura:

“El tono muscular total del cuerpo se refleja en la postura que adopta en neonato en reposo y en la resistencia que ofrece al estiramiento individual de sus músculos”. (GAVIN, 2018)

- Ventana cuadrada:

“La flexibilidad de la muñeca y/o resistencia al estirar los extensores son los responsables del ángulo de la flexión de la muñeca”. (GAVIN, 2018)

- Rebote del brazo:

“Esta maniobra está enfocada al tono del bíceps braquial, mediante la medición del ángulo de rebote que se origina al extender brevemente la extremidad superior”. (GAVIN, 2018)

- Ángulo poplíteo:

“Mide la resistencia que ofrece el tono pasivo de los flexores de rodilla durante la extensión de la pierna”. (GAVIN, 2018)

- Signo de la bufanda:

“Estudia los flexores de hombro llevando un codo hacia el lado contrario del cuello”. (GAVIN, 2018)

- Talón a oreja:

“Mide el tono pasivo de los flexores de la cintura al resistir la extensión de los músculos posteriores de la cadera”. (GAVIN, 2018)

2.3. Examen de Motricidad:

“Con el niño desnudo, una inspección atenta y prolongada proporcionará elementos muy importantes sobre su estado motor, el lactante será examinado en decúbito supino y también en prono”. (Pediatria Integral, 2012)

“El lactante normal tiene una actividad motriz casi continua (motricidad espontánea); mueve sucesiva o simultáneamente los miembros superiores e inferiores de forma bilateral, pero asimétrica”. (Pediatria Integral, 2012)

“Una disminución clara y duradera o una ausencia de motilidad espontánea, incluso después de una estimulación, en un niño que no tiene una enfermedad grave o que

tome algún medicamento que pueda interferir, constituye una señal casi cierta de una afectación del sistema nervioso o muscular”. (Pediatria Integral, 2012)

“El examen de la cara permite descubrir una alteración de la motilidad: parálisis facial unilateral, diplejia facial congénita, aplasia del músculo angular de los labios, normalmente unilateral, y que no hay que confundir con una parálisis facial”. (Pediatria Integral, 2012)

“El recién nacido normal y el prematuro de más de 35 semanas son capaces de mantener los ojos abiertos durante un tiempo apreciable; la ausencia prolongada de apertura de los ojos debe hacer temer siempre una disfunción cerebral”. (Pediatria Integral, 2012)

El diámetro pupilar es bastante difícil de apreciar en el recién nacido debido a la poca pigmentación del iris.

“El reflejo fotomotor aparece hacia la 32 semana de gestación, una buena inspección de los ojos permitirá no pasar de largo ante una catarata congénita, un coloboma del iris o una microftalmía”. (Pediatria Integral, 2012)

“Recordaremos que la pupila del recién nacido es de coloración grisácea y que existen hemorragias retinianas hasta en un 40% de recién nacidos a término, que se recuperan a lo largo de las dos primeras semanas de vida; en el otro extremo, una hemorragia retiniana en un lactante habitualmente es signo de una hemorragia intracraneal (normalmente, un hematoma subdural)” (Pediatria Integral, 2012).

“La succión-deglución son coordinadas normalmente a partir de las 34 semanas de gestación”. (Pediatria Integral, 2012)

Maniobras sistemáticas:

Se aconseja practicar ordenadamente las maniobras siguientes:

1. Prueba de incorporación o maniobra de pull to sit:

“Una ausencia de mantenimiento o enderezamiento de la cabeza a los 5 meses es francamente anormal; esta maniobra permite también apreciar la evolución de la adquisición de la sedestación”. (Pediatria Integral, 2012)

2. Suspensión ventral o maniobra de Landau:

“En caso de una hipotonía axial hay una incurvación del dorso, una caída de la cabeza hacia delante y los brazos y las piernas penden verticalmente”. (Pediatria Integral, 2012)

3. Suspensión vertical:

El lactante es mantenido cogiéndolo por las axilas y en posición vertical; es en esta posición cuando aparece mucho mejor que en la de decúbito una espasticidad; también en el caso de una hipotonía patológica por afectación neuromuscular o central, los miembros inferiores están extendidos, a menudo con una tendencia a la rotación externa y se balancean pasivamente con los movimientos impresos por el observador”. (Pediatria Integral, 2012)

4. Escalera:

“Reacción de soporte de los miembros inferiores y marcha automática: son tres situaciones diferentes; normalmente las reacciones automáticas de escalera y de marcha desaparecen hacia el 4º-6º mes de vida y a veces son difíciles de evocar”. (Pediatria Integral, 2012)

“La reacción de soporte de los miembros inferiores permanece, pero una desaparición o una atenuación temporal puede verse en el lactante de 2-4 meses de edad”. (Pediatria Integral, 2012)

CAPITULO III:

DESARROLLO NEUROEVOLUTIVO

3.1. ¿Qué es?

“Se desarrollan las etapas fundamentales de la maduración neurológica en base a tres circuitos primordiales formados por elementos de complejidad variable y que suponen el análisis de la conducta humana en una doble faceta: acción del ambiente sobre el organismo y reacción de éste sobre aquel”. (FORMACION ALCALA, 2016)

“Estos circuitos son: el circuito tónico-motor, el circuito sensorial y el circuito expresivo-comunicativo-empático. Respecto al primero de los circuitos, cabe decir que el tono muscular progresa desde un predominio flexor en el recién nacido a un equilibrio balanceado en el tono flexor y extensor de las extremidades”. (Pediatria Integral, 2012)

“La extensibilidad de las articulaciones va a ir acrecentándose (desde los 80-90° del ángulo poplíteo del recién nacido a los 170-180° del mismo ángulo a los 12 meses), el acto motor voluntario discurre con” (Pediatria Integral, 2012):

1) “Progresiva diferenciación de global a individual (es decir, de actos amplios e indiferenciados a precisos y refinados)”. (Pediatria Integral, 2012)

2) “En proyección cefalocaudal”. (Pediatria Integral, 2012)

3) De axial a distal: “Esta transformación es posible por la evolución del tono muscular, la disolución de las reacciones arcaicas y el desarrollo de las reacciones del equilibrio”. (Pediatria Integral, 2012)

El circuito tónico-motor: “El primer trimestre El patrón postural flexo-aductor del neonato pasa a ser flexo-abductor, se adquiere una estática cervical sólida y la motilidad espontánea es más rica, global y amplia”. (Pediatria Integral, 2012)

“La estática cervical puede comprobarse con la maniobra de “paso a sentado”, tirando suavemente de las manos del niño cuando éste está en decúbito dorsal,

presentando la cabeza alineada con el tronco un 75% de los lactantes a los 3 meses de edad”. (Pediatria Integral, 2012)

“La actividad pre-prensora manual, imprescindible para la futura manipulación de objetos, se adquiere mediante la disolución de la sinergia tónico-flexora de la mano a lo largo de los primeros 6 meses”. (Pediatria Integral, 2012)

3.2. Circuito Tónico Motor:

3.2.1. Los primeros tres meses:

“El patrón postural flexo-aductor del neonato pasa a ser flexo-abductor, se adquiere una estática cervical sólida y la motilidad espontánea es más rica, global y amplia, la estática cervical puede comprobarse con la maniobra de “paso a sentado”, tirando suavemente de las manos del niño cuando éste está en decúbito dorsal, presentando la cabeza alineada con el tronco un 75% de los lactantes a los 3 meses de edad”. (Pediatria Integral, 2012)

“La actividad pre-prensora manual, imprescindible para la futura manipulación de objetos, se adquiere mediante la disolución de la sinergia tónico-flexora de la mano a lo largo de los primeros 6 meses”. (Pediatria Integral, 2012)

3.2.2. El segundo trimestre:

“Comienza la fase de astasia/abasia fisiológica (fase de “saltador”), al final del 6° o 7° mes, aparece el equilibrio bi-isquiático (sedestación) con cifosis dorsal, coincidiendo con la desaparición de los automatismos y las sinergias, al tiempo que el niño ha de ser capaz de flexionar activamente la cabeza adelantándose al tronco en la maniobra de paso a sentado”. (Pediatria Integral, 2012)

“Al principio, el lactante comienza a examinar y a manipular los objetos situados en la línea media con ambas manos, la desaparición del reflejo de prensión permite sostener los objetos y soltarlos de forma voluntaria y al final del 5° o 6° mes suele aparecer la transferencia contralateral”. (Pediatria Integral, 2012)

“El 95% de los niños son capaces de dirigir la mano hacia un objeto (y seguir un objeto en un arco de 180°) a los 6 meses y deben ser capaces de pasarse los objetos de mano a los 8 meses”. (Pediatria Integral, 2012)

“La evolución de la motricidad fina es compleja, para que la mano inicie el proceso que ha de llevarla a su preeminente función, debe antes liberarse de la acción de la sinergia tónica-flexora de la mano y de prensión palmar (como vimos, a los 3-4 meses) y de la reacción tónico-cervical asimétrica”. (Pediatria Integral, 2012)

“Además, el niño debe superar la etapa de hipertonia flexora de las extremidades y establecer una coordinación con el sentido de la vista”. (Pediatria Integral, 2012)

“Hasta los 4 ó 6 años, el niño no consigue que el “trípode” manual (postura que adoptan los dedos pulgar, índice y medio para sostener el lápiz) disponga de los movimientos finos de extensión y flexión interfalángica que permiten el dibujo o la escritura”. (Pediatria Integral, 2012)

3.2.3. El tercer trimestre:

“Se inicia el apoyo plantar (equilibrio bipodal inestable), la sedestación sólida (debe estar adquirida siempre a los 9 meses) y las reacciones posturales de paracaidismo frontal y lateral, que se exploran inclinando al lactante hacia una superficie (apoya las manos de forma simétrica hacia delante) y en sedestación, moviéndolo hacia los lados (apoya la mano hacia el lado que se le empuja)”. (Pediatria Integral, 2012)

“El descenso del tono pasivo en miembros inferiores provoca que la mayoría de los lactantes lleven el pie a su boca al final de este trimestre, también, aparece el llamado paso del obstáculo, poniendo sus piernas bajo una superficie y haciendo así que el niño espontáneamente las suba hacia la misma”. (Pediatria Integral, 2012)

“También, en dos tercios de los casos, comienza el inicio del desplazamiento autónomo (gateo), pero la ausencia de este último no indica ninguna disfunción neurológica, muchos niños pasan directamente a andar sin gatear, o lo hacen de una forma extraña (desplazamiento sentado sobre nalgas o apoyando una rodilla y el pie de la otra extremidad)”. (Pediatria Integral, 2012)

Este desarrollo ambulatorio amplía el campo de exploración del lactante y las oportunidades de aprendizaje.

“Comienza el perfeccionamiento de la prensión manual, con preponderancia del borde radial y, a veces, el inicio de la pinza entre el dedo índice o medio con el pulgar, signo de excelente pronóstico, la mayoría de los niños son capaces de comer una galleta solos antes del final de este trimestre”. (Pediatria Integral, 2012)

“Los avances motores guardan relación con la mayor mielinización y el crecimiento cerebeloso”. (Pediatria Integral, 2012)

3.2.4. El cuarto trimestre:

“Aparece el equilibrio bipodal estable y al final del 12º mes la alternancia flexo-extensora de extremidades inferiores necesaria para la marcha y el perfeccionamiento del borde radial y la pinza índice-pulgar, con aparición del gesto complejo”. (Pediatria Integral, 2012)

“Este gesto, de enorme trascendencia (presente a los 14 meses en el 95% de los niños), indica buen desarrollo en el lactante de 1 año, y se relaciona con la mielinización de surco intraparietal y giro postcentral (área 40 Brodmann), circuito que conecta con la corteza frontal inferior e integra la información sensitiva (propiedades espaciales de un objeto) con la motora”. (Pediatria Integral, 2012)

3.2.5. De los 12 a los 18 meses:

“Aparece la marcha liberada, por culminación del aumento del tono activo de las extremidades inferiores y eje y la adquisición de la alternancia flexo-extensora y del equilibrio entre músculos agonistas antagonistas”. (Pediatria Integral, 2012)

“El 95% de los niños dan más de 5 pasos sólo con 16 meses, también, se produce la adquisición definitiva del carácter de gesto complejo útil manipulativo (praxia ideomotora) y, en la mitad de los casos, la lateralidad (puede no estar bien establecida hasta los 4 ó 6 años), esta no debe estar presente en niños menores de un año, y su presencia debe hacernos descartar que se deba a una asimetría motora”. (Pediatria Integral, 2012)

3.3. Circuito Sensorial:

3.3.1. El primer trimestre:

“El lactante, tras ser influenciado por el ambiente que le rodea, va a desarrollar un perfeccionamiento sensorial, con aparición a los 10 días de la persecución visual, al principio discontinua y luego constante, con aparición al final del primer mes de la sonrisa mimética”. (Pediatria Integral, 2012)

La mayoría de los niños siguen un objeto hasta la línea media al final de este trimestre.

3.3.2. El segundo trimestre:

“Aparece la oposición frontal de manos, que indica una estática cervical sólida y la convergencia de los globos oculares que llevan al descubrimiento de las manos y de sus posibilidades práxicas, así como al inicio de la organización del esquema corporal”. (Pediatria Integral, 2012)

3.3.3. El tercer trimestre:

“Las reacciones posturales coinciden aproximadamente en el tiempo con la aparición del reflejo de amenaza (al acercar la mano rápidamente a los ojos del niño éste los cierra), no tiene porqué estar presente antes de los 7 u 8 meses”. (Pediatria Integral, 2012)

“Un hito fundamental es la percepción (hacia los 9 ó 10 meses) de la constancia de un objeto, la comprensión de que los objetos siguen existiendo aunque no se vean, a los 4-8 meses, los lactantes buscan una bola que se ha caído, pero la olvidan rápidamente si no la ven”. (Pediatria Integral, 2012)

Una vez comprendida la constancia del objeto, el lactante persiste en la búsqueda y es capaz de encontrar objetos ocultos.

3.3.4. El cuarto trimestre:

“Todo lo nuevo va a llamar la atención del pequeño, que se interesará por el espacio (curiosidad), de los 12 a los 18 meses los niños que comienzan a andar combinan los objetos de formas nuevas para crear efectos interesantes, como el apilamiento de

bloques o la introducción de los mismos en la ranura del DVD”. (Pediatria Integral, 2012)

“También, es probable que use determinados objetos para su finalidad pretendida (peine para el pelo, vaso para beber)”. (Pediatria Integral, 2012)

3.4. Circuito Expresivo-Comunicativo:

3.4.1. El primer trimestre:

“El lactante comienza a adoptar una mímica variada e interés por los objetos animados (caras), reaccionando ante las voces al final de los tres meses, a los dos meses, suele estar presente la sonrisa social (75%), que debe estar siempre presente a los 4 meses”. (Pediatria Integral, 2012)

“El lenguaje se halla en fase prelingüística (vocalizaciones de carácter prefonémico prosódico) que, junto con la mímica, condiciona el primer contacto empático”. (Pediatria Integral, 2012)

3.4.2. El segundo trimestre:

“El lactante comienza a jugar con su propio cuerpo, emergiendo así el sentido del “yo”(exploración manual del mismo a los 5 o 6 meses) y aparece también un diálogo mímico, táctil y vocal (de carácter prefonémico: “gorgeo” y risa a “carcajadas”) con el adulto”. (Pediatria Integral, 2012)

“El 95% de los niños dirigen su mirada hacia la voz de su madre al final de los cinco meses, los lactantes de 4 meses de edad ya no se centran sólo en su madre, sino que “observan los alrededores” y, de hecho, quizás prefieran mirar hacia fuera”. (Pediatria Integral, 2012)

3.4.3. El tercer trimestre:

“Debe empezar a manifestarse una empatía electiva (y el miedo al médico u otras personas extrañas), así como el paso de juego con el propio cuerpo al juego con juguetes y la aparición del lenguaje fonético, con lalación y balbuceo, con muchas

sílabas entre los 8 y los 10 meses (“ba-da-ma”) e inflexiones que imitan a las del lenguaje nativo”. (Pediatria Integral, 2012)

“Podríamos decir que los lactantes de 7 meses son expertos en la comunicación no verbal, expresan una gama de emociones y responden al tono vocal y las expresiones faciales, alrededor de los 9 meses, se dan cuenta de que las emociones pueden compartirse entre las personas (muestran juguetes con regocijo).” (Pediatria Integral, 2012)

3.4.4. El cuarto trimestre:

“En cuanto a las manifestaciones expresivas, se comprueba la capacidad de empatía “a distancia” (juego de “cucú”), el juego con carácter “investigador” y, respecto al lenguaje, una jerga propositiva”. (Pediatria Integral, 2012)

“Al final del trimestre, se instauran los primeros morfemas (expresión fonémica bisilábica) y el inicio de la semántica, ya existe un esbozo de carácter y personalidad en un niño que suele reconocer su nombre al final de los 12 meses”. (Pediatria Integral, 2012)

3.4.5. De los 12 a los 18 meses:

“Socialmente, será capaz de integrarse en juegos organizados, de abrazar, aceptar o rehusar, al final de los 18 meses, los niños adquieren la noción de un cuerpo unido en un todo independiente y permanente”. (FORMACION ALCALA, 2016)

“Su lenguaje se amplía y adquiere un vocabulario de hasta 10 palabras, los niños, poco antes de los 18 meses, deben usar específicamente las palabras mamá y papá (además, suelen usar una jerga polisilábica, pero no parece importarles que nadie les entienda), señalar con el índice, seguir objetos que se mueven rápidamente, colaborar al vestirlos y entregar objetos a la orden”. (Pediatria Integral, 2012)

“La mayor parte de la comunicación de deseos e ideas continúa siendo no verbal”. (Pediatria Integral, 2012)

3.5. Signos de Alarma en el desarrollo Psicomotor:

“Estos nos pueden hacer sospechar que estamos ante una disfunción neurológica y así poder derivar al niño a un neuropediatra por si ha de realizarse el estudio de un posible daño cerebral y para iniciar, si es necesario, una orientación terapéutica (iniciar estimulación, fisioterapia, etc.)”. (Pediatria Integral, 2012)

“En general, las alteraciones únicas no tienen por qué significar necesariamente que exista un trastorno. No se debe calificar como retraso psicomotor a un niño con un solo test anormal. Debe repetirse un nuevo test y siempre derivar (sin crear una alarma innecesaria) a un neuropediatra”. (Pediatria Integral, 2012)

“Se ha documentado el hecho de que en ocasiones, y por los motivos comentados, los pediatras de Atención Primaria pueden evitar enviar a niños a que se les realice una evaluación más detallada a no ser que exhiban un claro retraso en el desarrollo, privándolos de una más eficiente atención precoz”. (Pediatria Integral, 2012)

“El sentido común y un coloquio prudente y sosegado con los padres explicando, sin alarmar, los motivos por los cuales se busca una evaluación más especializada, ayuda a disminuir la ansiedad de estos y las reclamaciones posteriores”. (Pediatria Integral, 2012)

“El paciente, aun cuando no presente una discapacidad importante, puede beneficiarse de los servicios de Atención Temprana o de apoyo de otros tipos”. (Pediatria Integral, 2012)

“Debo insistir en los beneficios a largo plazo de los servicios de intervención precoz, por lo que más vale enviar a un niño de más que uno de menos. El médico puede solicitar las pruebas complementarias pertinentes en función de la sospecha”. (Pediatria Integral, 2012)

“Las más frecuentes son el estudio de audición y/o visual, la citogenética (lo más básico es un cariotipo, pero existen pruebas más sofisticadas, como la detección de una mutación del síndrome del cromosoma X frágil o las deleciones subteloméricas y otras), la neuroimagen mediante resonancia magnética cerebral (la tomografía computarizada suele tener un bajo rendimiento), la analítica convencional (descartando la anemia ferropénica, el hipotiroidismo, un aumento de la enzima creatinfosfokinasa, etc.), los estudios metabólicos (habitualmente, de bajo rendimiento

salvo sospecha firme), los neurofisiológicos (por ejemplo, el electroencefalograma) y otros más sofisticados (análisis del líquido cefalorraquídeo, biopsia muscular, etc.)”.
(Pediatria Integral, 2012)

“ Por otro lado, el diagnóstico y tratamiento de los niños con retraso psicomotor ha de ser multidisciplinar, participando médicos (pediatras, neuropediatras, psiquiatras infantiles), psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales y otros profesionales”.
(Pediatria Integral, 2012)

CONCLUSIONES:

- PRIMERA:** En un inicio el sistema nervioso del bebe aún no está completamente desarrollado, pero el recién nacido consigue interaccionar con el mundo exterior y responder a los estímulos provenientes del mismo mediante una serie de reflejos neonatales, o reflejos del recién nacido, que le permiten adaptarse inmediatamente a la vida.
- SEGUNDA:** Los reflejos del recién nacido son respuestas "innatas", es decir, no se deben aprender, además son automáticas e instintivas, y dependen del mesencéfalo (una parte del cerebro que también tiene un importante papel en el desarrollo de la visión del bebé y del oído) y de la médula espinal.
- TERCERA:** La valoración de estos reflejos junto con el desarrollo psicomotor y el progreso del aprendizaje durante los primeros años de vida permitira elaborar un mapa de la evolución de su sistema nervioso. Su conocimiento es esencial para elaborar un plan terapéutico en caso necesario.

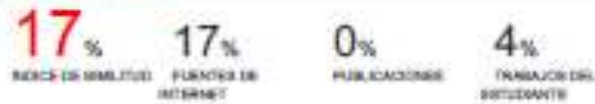
REFERENCIAS

- ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRAS. (21 de 11 de 2015). healthychildren.org. Obtenido de Reflejos del Recien Nacido: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/Paginas/Newborn-Reflexes.aspx>
- Campos-Castelló J, Campos Soler S. La maduración neurológica normal del niño. En: Gutiez Cuevas P, ed. Atención Temprana. Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones. Madrid: Ergon; 2005. p. 83-104.
- Campos-Castelló J. Semiología neurológica neonatal. En: Fejerman N, Fernández Álvarez E, eds. Neurología Pediátrica. Buenos Aires: Panamericana; 1997. p. 128-53.
- Committee on Children With Disabilities. Developmental surveillance and screening of infants and young children. Pediatrics. 2001; 108: 192-6.
- Fernández Álvarez E. Desarrollo psicomotor. En: Fejerman N, Fernández Álvarez E, eds. Neurología Pediátrica. Buenos Aires: Panamericana; 1997. p. 24-32.
- Fernández-Jaén A, Roche MC, PascualCastroviejo I. Exploración clínica del niño. En: Grau Veciana JM, Escartín Siquier AE, eds. Manual del residente de neurología. Madrid: Sociedad Española de Neurología; 2000. p. 17-26.
- FORMACION ALCALA. (2016). VALORACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR. ESPAÑA: ALCALÀ.
- García A, Narbona J, Martínez MA, Bejarano A. Retraso del desarrollo psicomotor. En: Verdú A, García A, Martínez B, eds. Manual de Neurología Infantil. Madrid: Pubmed; 2008. p. 333-40
- GAVIN, M. L. (Febrero de 2018). kidshealth.org. Obtenido de Test de Apgar: <https://kidshealth.org/es/parents/apgar-esp.html>
- Gomez, A. (2015). Blombergmt.es. Obtenido de Reflejos Primitivos: www.blombergmt.es/reflejos-primitivos
- Iceta A, Yoldi ME. Desarrollo psicomotor del niño y su valoración en Atención Primaria. Anales Sis San Navarra. 2002; 25: 35-43.

- King TM, Glascoe FP. Developmental surveillance of infants and young children in pediatric primary care. *Curr Opin Pediatr.* 2003; 15: 624-9.
- LaRosa A, Glascoe FP. Developmental surveillance and screening in primary care. En: UpToDate, Rose BD, ed. UpToDate, Waltham MA, 2006. [Fecha de acceso: 06 de febrero de 2010]. URL disponible en: <http://www.uptodate.com>. Precisa suscripción
- Martín Fernández-Mayoralas D, Muñoz Jareño N, Campos-Castelló J. Anatomía del sistema nervioso. En: Gutierrez Cuevas P, ed. Atención Temprana. Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones. Madrid: Ergon; 2005. p. 65-81.
- Needlman RD. El primer año. En: Behrman RE, Kliegman RM, Jonson HB, eds. Nelson. Tratado de Pediatría. 17ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana; 2006. p. 31-8.
- Pediatría Integral. (2012). Valoración del Desarrollo Psicomotor . *Pediatría Integral*, 748-753.
- Ruiz Domínguez JA. Desarrollo psicomotor. En: Ruiz JA, Montero R, Hernández N, et al., eds. Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. Madrid: Publimed; 2003. p. 260-6.
- Sociedad Española de Neurología, Liga Española Contra la Epilepsia. Epilepsia. Madrid: Ergon; 2003.
- Tacconi, M. (2018). Reflejos del recién nacido. *Ahora Mama*.

DESARROLLO DE LOS REFLEJOS EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO

APORTA DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRINCIPALES

| | | |
|----------|--|---------------|
| 1 | docplayer.es Fuente de Internet | 7% |
| 2 | www.faedortol.es Fuente de Internet | 4% |
| 3 | www.healthychildren.org Fuente de Internet | 2% |
| 4 | m.kidshhealth.org Fuente de Internet | 1% |
| 5 | repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 6 | www.mustela.es Fuente de Internet | 1% |
| 7 | www.pediatrisintegral.es Fuente de Internet | 1% |
| 8 | www.mercedeshdaz.es Fuente de Internet | <1% |

| | | |
|-----------|---|---------------|
| 9 | umm.edu Fuente de Internet | <1% |
| 10 | Submitted to Universidad Internacional Isabel I de Castilla Trabajo del estudiante | <1% |
| 11 | Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante | <1% |
| 12 | www.scribd.com Fuente de Internet | <1% |