

Experiencias de atención integrada Pediatría Atención Primaria-Hospital. El pediatra como referente

*Lehen mailako-ospitaleko
pediatrian integraturiko
arreta esperientziak.
Pediatra erreferente gisa*

E. Aparicio Guerra

Pediatra del CS Bombero Etxániz (Comarca Bilbao).

INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de experiencias en el trabajo entre pediatría de Atención Primaria y Hospitalaria nos estamos refiriendo a trabajos realizados mediante **Procesos de Atención Integrada (PAI)**.

La **metodología de gestión por procesos** permite: identificar expectativas y resultados deseados, ordenar los flujos de trabajo, mejorar la comunicación (las interfases), disminuir la variabilidad de las actuaciones así como utilizar un lenguaje común.

Los PAI pretenden mejorar los resultados en salud centrados en la persona como sujeto activo, tendiendo a disminuir la variabilidad de la práctica clínica y mejorar la calidad de la asistencia. Suelen precisar la coordinación de profesionales de diferentes organizaciones de servicios sanitarios o de otras instituciones relacionadas.

En los últimos años, entre Comarca Bilbao (BiE) de Atención Primaria (AP) y Hospital Universitario de Basurto (HUBas) se han llevado a cabo tres procesos diferentes que atañen al ámbito de la pediatría:

- **Proceso Materno Infantil** (2010): presta asistencia a la mujer durante todo su proceso de embarazo y puerperio y al niño hasta que cumple el mes de vida. Implica el trabajo y la colaboración de ginecólogos, matronas, enfermeras de pediatría y ginecología, neonatólogos y pediatras de AP.
- **Proceso de Atención Integrada al Niño con Asma** (2011): presta asistencia al niño con asma y a sus familias. En él se ven involucrados profesionales de los ámbitos hospitalario, AP, Puntos de Atención Continuada (PAC), Emergencias y Transporte Sanitario y Osarean.
- **Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales (PAINNE)** (2013)⁽¹⁾. Acaba de ser presentado en el verano de 2013 y se está implantando durante este otoño en su ámbito de aplicación.

Para este trabajo, nos centraremos en el PAINNE como paradigma de PAI, no sólo entre AP y Hospitalaria, sino con otras instituciones sociales. Para poder establecer con pro-

piedad cuál es el papel del Equipo de Pediatría de AP, conviene hacer primero una introducción acerca del significado del PAINNE.

PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRADA A NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES (PAINNE)

El PAINNE es un proyecto piloto financiado por la Fundación Vasca para la Innovación Sociosanitaria (ETORBIZI). Sus actividades principales son: definir instrumentos de valoración de factores de riesgo biológico, social y psicológico (prenatales perinatales y postnatales) y ensayar diferentes protocolos consensuados por profesionales de los tres ámbitos (sanitario, social y educativo) para el abordaje integrado de las necesidades especiales de niños y niñas, preferentemente en los seis primeros años de edad, en el Área Local de Bilbao; con vocación de poder ser desarrollado en otras áreas geográficas y organizaciones de servicios.

Un primer concepto básico es la definición de quiénes son los **niños con necesidades especiales** de atención en salud, estando plenamente vigente la definición de McPherson M, Arango P, Fox H, et al en 1998⁽²⁾: “*son aquellos que sufren un proceso crónico de tipo físico, del desarrollo, conductual o emocional, o que están expuestos a padecerlo y que necesitan servicios sanitarios y complementarios, que por su naturaleza van más allá de lo que generalmente precisan los niños*”.

Además, se puede añadir que los niños con necesidades especiales de atención médica pueden tener (http://www.nyhealth.gov/community/special_needs):

- Una afección física grave o de larga duración.
- Discapacidad intelectual o del desarrollo grave o de larga duración.
- Una afección emocional o de la conducta grave o de larga duración.

Para comprender la **magnitud general del problema** basta decir que la prevalencia de la patología del desarrollo y del comportamiento en la infancia oscila, según diferentes trabajos y autores, entre el 11 y el 16%⁽³⁻⁵⁾.

Son niños que van a requerir asistencia en diferentes organizaciones de servicios sanitarios e instituciones relacionadas (ámbito sanitario, educativo y social), en ocasiones durante tiempo prolongado:

- Osakidetza: atención primaria, centros de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ), consultas hospitalarias.
- Educación: berritzeguneak.
- Ayuntamiento: servicios sociales.
- Diputación (Acción Social): Equipo de Valoración para la Atención Temprana (EVAT).

También se ven involucrados otros organismos y entidades privadas o concertadas, como los Equipos de Intervención para la Atención Temprana (EIAT), asociaciones de pacientes, APNABI, etc.

A grandes rasgos, el PAINNE tiene los siguientes objetivos fundamentales:

- **Prevención:** prenatal, perinatal y postnatal (factores de riesgo biológico, psicológico y social).
 - **Detección precoz.**
 - **Atención temprana:** de 0 a 6 años, por ser más eficaz y rentable.
 - **Coordinación entre estamentos:** optimización de los recursos ya existentes.
- Así pues, los **niveles de intervención** son:
- Prevención primaria.
 - Prevención secundaria.
 - Prevención terciaria.

Atención Temprana (AT): conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

Conviene señalar que, aunque la AT en la primera infancia fundamenta el PAINNE, éste abarca la atención hasta la adolescencia, por lo que la AT está englobada en el PAINNE pero no constituye todo el proceso.

El *pdf* del PAINNE está disponible en **Ezagutza**, la herramienta de gestión del conocimiento de la Comarca Bilbao, a la que se puede

acceder a través de: <http://www.prosakidetza.net> > Ezagutza > Atención al niño y al adolescente (versión del 19.08.2013). En breve plazo de tiempo, antes de final de 2013, Servicios Centrales de Osakidetza editará la versión bilingüe en euskara y castellano.

PAPEL DEL EQUIPO DE PEDIATRÍA DE AP EN EL PAINNE

1. Oportunidades en AP para el trabajo con niños con necesidades especiales de salud

En AP se dan un conjunto de **oportunidades** para el trabajo con este tipo de población infantil:

- En AP se atiende a toda la población infantil desde el nacimiento hasta los 14 años de edad, estableciéndose una relación continuada con la unidad familiar.
- Es el único ámbito institucional en el que se atiende de forma sistemática y longitudinal al 100% de la población infantil entre los 0 y los 2 años de edad (etapa crítica del desarrollo).
- Existe la tradición del trabajo en equipo: enfermera-pediatra, matrona, asistente social y psicóloga infantil.
- Posibilidad de coordinación de la asistencia y el seguimiento de estos niños a lo largo de su crecimiento y desarrollo.

Por todo ello, AP constituye el marco ideal para la prevención y la detección precoz, la aplicación de actuaciones y el seguimiento de la patología biológica, psicológica y social.

2. Condicionantes en AP para la detección y supervisión de patología psicosocial y del desarrollo

En AP, además de las oportunidades mencionadas, también existen una serie de **condicionantes o problemas** para poder realizar este tipo de trabajo:

- El exceso de demanda en la agenda diaria, es decir, el escaso tiempo disponible.
- La dificultad para la detección de muchas alteraciones del desarrollo en sus primeras etapas por la amplia variación de la normalidad, debido a que estamos refiriéndonos a patología y alteraciones sutiles: retrasos

del lenguaje en los dos o tres primeros años de vida, alteraciones del comportamiento o del área psicomotriz en el niño pequeño, retraso escolar, etc.

- Dificultad para la obtención y aplicación de herramientas de cribado debidamente validadas.
- Falta de formación y entrenamiento para la utilización de dichas herramientas por parte del personal de AP.
- Déficit de conocimiento de otros recursos disponibles, externos al Centro de Salud, como los que ofrecen Diputación, Ayuntamiento, Educación, etc., lo que dificultará la obtención de los servicios que ofrecen, además de la comunicación con ellos.

3. Objetivos del PAINNE en AP

Tanto de las oportunidades mencionadas como de los condicionantes existentes emanan los objetivos del PAINNE para AP:

- Potenciación de la **prevención y promoción de la salud** en el ámbito de un seguimiento longitudinal (prevención primaria fundamentalmente).
- Optimización y protocolización de las herramientas existentes y de los sistemas de registro para facilitar la práctica pediátrica, orientada a la **detección precoz** de patología biológica, psicológica y social (prevención primaria y secundaria).
- Facilitación de los recursos para la **intervención precoz** y para el control evolutivo en aquellos niños en los que se detecte algún problema (prevención secundaria y, en algunos casos, terciaria).
- Mejora de la **comunicación** entre las personas y organismos implicados para optimizar la **coordinación** y el **seguimiento** de cada caso.

4. Bases para la supervisión del desarrollo psicomotor

Al hacer referencia a las **bases para la supervisión del desarrollo psicomotor (DPM)**, hay que resaltar que, mediante el mero juicio clínico, se detectan menos del 30% de niños con RM y trastornos del desarrollo y menos del 50% de trastornos del comportamiento o emocionales (*Pediatrics in review* 2000). Por

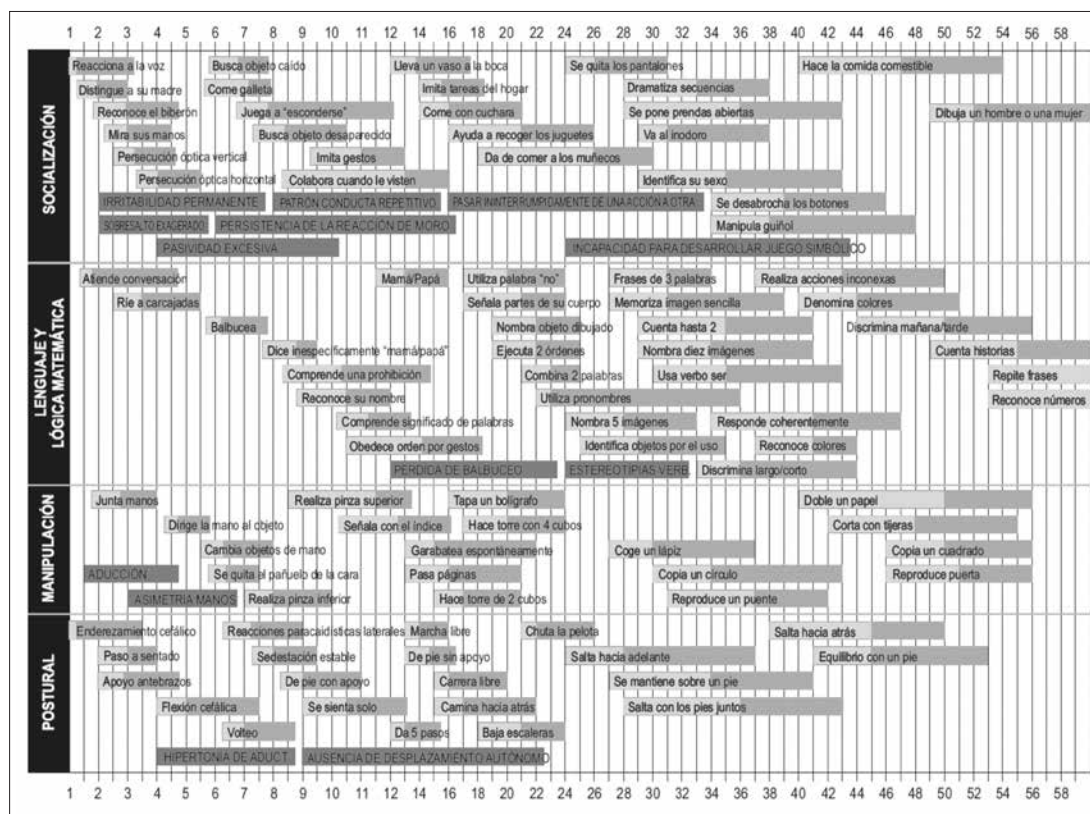


Figura 1. Escala Haizen-Llevant.

ello, Previnfad (grupo para la prevención en la infancia y la adolescencia AEPap-PAPPS), establece una serie de recomendaciones para la supervisión del DPM⁽⁵⁾. Fundamentándose en ellas nuestro trabajo en AP debe potenciar y basarse en las siguientes áreas de trabajo:

- Una correcta anamnesis, mediante la realización y actualización de la historia del DPM.
- La identificación de factores y de marcadores de riesgo.
- La consideración de la opinión y de la preocupación de los padres acerca del DPM de sus hijos.
- La observación continuada del niño, de forma longitudinal, a lo largo de su crecimiento y desarrollo.
- La utilización de métodos objetivos para el cribado: escalas y cuestionarios.
- El registro sistematizado en la historia clínica de Osabide AP, preferiblemente en formularios, mediante los denominados Datos Básicos del Paciente (DBP).
- La potenciación de profesionales implicados: enfermera de pediatría, pediatra,

matrona, asistente social y psicóloga clínica, ya que estamos refiriéndonos a un proceso asistencial sistematizado y en equipo.

5. Herramientas de cribado para la supervisión del DPM

Como podemos apreciar, en el PAINNE se preconiza la utilización de una metodología objetiva para el cribado para la supervisión del DPM. No obstante, al referirnos a este tipo de herramientas, hay que comenzar puntualizando dos cosas:

- Por una parte, la supervisión y la promoción del DPM abarcan un campo mucho más amplio que las actividades de cribado en sí. Es decir, que aunque suponen una ayuda importante, no constituyen su totalidad el trabajo en este campo.
- Por otra, que las pruebas de cribado detectan signos de alerta pero no sirven para medir el DPM, ni para establecer el diagnóstico. Se deben utilizar para discriminar qué niños serían candidatos a una valoración más profunda, por parte del profesional más adecuado para ello, para

tratar de encauzar un posible diagnóstico y la intervención más oportuna en cada caso.

En Osabide AP ya existen DBP para el registro de parámetros relacionados con el origen de diferentes trastornos del DPM: metabolopatías congénitas, cribado auditivo neonatal, riesgo de parálisis cerebral infantil (PCI), trastornos de la visión, de la audición, etc. Con el PAINNE, se añaden: formularios con DBP para registrar factores de riesgo psicosocial, escalas y test dirigidos a la detección de trastornos del DPM, como Haizea-Llevant, PEDS y M-CHAT.

Las ventajas de su uso estriban en que, por un lado, ayudan al mejor conocimiento del desarrollo normal por parte de los profesionales que las utilizan y, por otro, sistematizan la exploración y evitan que se deje de valorar algún aspecto del desarrollo.

La escala Haizea-Llevant (Fig. 1)

La **escala Haizea-Llevant**⁽⁶⁾, utiliza áreas de valoración muy similares a la escala de desarrollo o test de Denver (Denver Developmental Screening Test-II: DDST-II), pero está

realizada en población española. Consta de 97 elementos: 26 de socialización, 31 de lenguaje y lógica-matemática, 19 de manipulación (motor fino), 21 de postural (motor grueso).

El PAINNE preconiza que sea realizada por la enfermera de pediatría en todas las Revisiones de Salud Infantil (RSI) desde los 6 meses hasta los 4 años de edad. Antes de los 6 meses, la valoración es predominantemente clínica y mediante la exploración, por lo que se realiza por el pediatra. En el anexo 13 del PAINNE se detalla la descripción y las normas para la interpretación de esta escala⁽¹⁾.

Es una escala equiparable, en cuanto a resultados, a la de Denver (DDST-II). Ésta presenta: sensibilidad 43%, especificidad 83%, VPP 37%. Como ya se puede comprobar, el DDST-II producirá un exceso de derivaciones y de nuevas valoraciones, de las que el 14% son debidas a la motricidad gruesa, el 39% a motricidad fina y al área personal-social y el 47% al lenguaje. Si se tomasen en cuenta sólo los ítems correspondientes al lenguaje, la sensibilidad sería del 56% y la especificidad del 87%. La calidad de la evidencia y fuerza de la recomendación de la realización de esta intervención (Previnfad) es: II-2-I⁽⁵⁾.

El cuestionario PEDS (Tabla I)

El cuestionario PEDS (*Parent's Evaluation of Development Status*), es un cuestionario realizable entre los 0-8 años de edad⁽⁷⁾. El profesional de enfermería pasa el test a los padres para que lo rellenen en las RSI de los 9, 18 y 24 meses y en las de los 3 y 4 años de edad. Posteriormente se valoran las respuestas. El resultado del cuestionario es dudoso cuando los padres responden a una pregunta de forma afirmativa y está alterado cuando responden a dos o más de forma afirmativa.

Según *Dworking*, hay que tener en cuenta que las preocupaciones de los padres respecto al DPM de sus hijos se confirman en el 90% de los casos⁽⁵⁾. Además, cuando los padres responden afirmativamente a dos o más preguntas, hay un 52% de probabilidades de necesitar adaptación curricular y educación especial, y si hay una respuesta afirmativa, un 29%. El cuestionario tiene un VPP 38%, y VPN 92%. La calidad de la evidencia y fuerza de la recomen-

TABLA I. CUESTIONARIO PEDS.

1. Por favor, díganos si le preocupa algo de la manera en que su hijo/a está aprendiendo, se desarrolla o se comporta:	
2. ¿Le preocupa cómo su hijo/a habla o forma los sonidos?	Marque uno: ☐ Sí ☐ No ☐ Un poco Comentarios:
3. ¿Le preocupa cómo su hijo/a entiende lo que le dicen?	Marque uno: ☐ Sí ☐ No ☐ Un poco Comentarios:
4. ¿Le preocupa cómo su hijo/a usa las manos y dedos para hacer las cosas?	Marque uno: ☐ Sí ☐ No ☐ Un poco Comentarios:
5. ¿Le preocupa cómo su hijo/a usa las piernas y los brazos para hacer las cosas?	Marque uno: ☐ Sí ☐ No ☐ Un poco Comentarios:
6. ¿Le preocupa cómo su hijo/a se comporta?	Marque uno: ☐ Sí ☐ No ☐ Un poco Comentarios:
7. ¿Le preocupa cómo su hijo se relaciona con otras personas?	Marque uno: ☐ Sí ☐ No ☐ Un poco Comentarios:
8. ¿Le preocupa cómo su hijo está aprendiendo a hacer cosas por sí mismo?	Marque uno: ☐ Sí ☐ No ☐ Un poco Comentarios:
9. ¿Le preocupa cómo su hijo está desarrollando sus habilidades escolares o preescolares?	Marque uno: ☐ Sí ☐ No ☐ Un poco Comentarios:
10. ¿Le preocupa algo más acerca de su hijo/a? Por favor, díganos:	

dación de la realización de esta intervención (Previnfad) es: II-2-I⁽⁵⁾.

La escala M-CHAT

La escala M-CHAT está diseñada para el cribado de los Trastornos del Espectro Autista⁽⁸⁻¹⁰⁾, y está validada para ser utilizada entre los 16 y los 30 meses de edad. Consta de 23 elementos, 6 de los cuales son críticos. Es positiva cuando se fallan 3 de los 23 ítems o 2 o más de los críticos. Dudosa si fallan 2 elementos no críticos o uno crítico. Su sensibilidad para el cribado de TEA es del 87% y su especificidad 99%.

No está diseñada para ser realizada a todos los niños sino sólo a los que presentan algún factor de riesgo, con una calidad de la evidencia alta y una fuerza de la recomendación fuerte a favor de utilizarla en los siguientes casos (Previnfad): preocupaciones sobre el desarrollo comunicadas por los padres; antecedentes familiares de TEA en hermanos o

comunicación de síntomas sobre trastorno de comunicación, social o presencia de conductas repetitivas o la presencia de signos de alerta de TEA⁽⁹⁾. El PAINNE ofrece un anexo acerca de los signos de alerta de los TEA, para facilitar el conocimiento y el trabajo del profesional de AP⁽¹⁾.

Existen dos formatos del test, para padres y para profesionales. El formato del test para profesionales se diferencia en que tiene los 6 elementos críticos marcados en negrita: Tabla II.

6. DBP y otras herramientas en la historia clínica de osabide AP

En el PAINNE se propone introducir en los formularios de las RSI los siguientes DBP⁽¹⁾:

- “Factores de riesgo psicosocial”, con los valores: sí, no, dudoso; en las RSI de recién nacido, 15 días, 2 meses, 6 meses, 12 meses, y en todas desde los 2 hasta los 14 años de edad.

TABLA II. ESCALA M-CHAT.

1. ¿Le gusta que le balanceen, o que el adulto le haga el “caballito” sentándole en sus rodillas, etc.?	Sí	No
2. ¿Muestra interés por otros niños o niñas?	Sí	No
3. ¿Le gusta subirse a sitios como, por ejemplo, sillones, escalones o juegos del parque?	Sí	No
4. ¿Le gusta que el adulto juegue con él o ella al “cucú-tras” (taparse los ojos y luego descubrirlos; jugar a esconderse y aparecer de repente)	Sí	No
5. ¿Alguna vez hace juegos imaginativos, por ejemplo haciendo como si hablara por teléfono, como si estuviera dando de comer a una muñeca, como si estuviera conduciendo un coche o cosas así?	Sí	No
6. ¿Suele señalar con el dedo para pedir algo?	Sí	No
7. ¿Suele señalar con el dedo con el fin de indicar que algo le interesa?	Sí	No
8. ¿Puede jugar adecuadamente con piezas o juguetes pequeños (por ejemplo cochecitos, muñequitos o bloques de construcción) sin únicamente chuparlos, agitarlos o tirarlos?	Sí	No
9. ¿Suele traerle objetos para enseñárselos?	Sí	No
10. ¿Suele mirarle a los ojos durante unos segundos?	Sí	No
11. ¿Le parece demasiado sensible a ruidos poco intensos? (por ejemplo, reacciona tapándose los oídos, etc.)	Sí	No
12. ¿Sonríe al verle a usted o cuando usted le sonríe?	Sí	No
13. ¿Puede imitar o repetir gestos o acciones que usted hace? (por ejemplo, si usted hace una mueca, ¿él o ella también la hace?)	Sí	No
14. ¿Responde cuando se le llama por su nombre?	Sí	No
15. Si usted señala con el dedo un juguete al otro lado de la habitación ¿Dirige su hijo la mirada hacia ese juguete?	Sí	No
16. ¿Ha aprendido ya a andar?	Sí	No
17. Si usted está mirando algo atentamente, ¿su hijo también se pone a mirarlo?	Sí	No
18. ¿Hace su hijo o hija movimientos raros con los dedos, por ejemplo, acercándose a los ojos?	Sí	No
19. ¿Intenta que usted preste atención a las actividades que él está haciendo?	Sí	No
20. ¿Se ha preguntado alguna vez si es sordo/a?	Sí	No
21. ¿Entiende su hijo o hija lo que la gente dice?	Sí	No
22. ¿Se queda a veces mirando al vacío o va de un lado al otro sin propósito?	Sí	No
23. Si su hijo tiene que enfrentarse a una situación desconocida, ¿le mira primero a usted a la cara para saber cómo reaccionar?	Sí	No

- “Haizea-Llevant”, con los valores: problema, no problema, dudoso; en todas las RSI desde los 6 meses hasta los 4 años de edad.
- “Cuestionario PEDS”, con los valores: normal, dudoso, anormal; en las RSI de los 9, 18, 24 meses y en las de los 3 y 4 años de edad.

También se propone la creación de un nuevo **formulario para el registro del test M-CHAT**, con los valores: normal, anormal y dudoso⁽¹⁾.

El test M-CHAT y el cuestionario PEDS se pueden obtener a través del icono “añadir informe” que aparece dentro de la historia clínica de cada niño. El segundo icono por la izqda., en la barra de herramientas situada en la zona inferior de la pantalla. Se pueden pasar los resultados del M-CHAT al formato

informático, que dispone de un sistema de autocorrección automático del test.

Además, la Guía del PAINNE ofrece **flujogramas** para facilitar la toma de decisiones del profesional de AP en función de los resultados observados⁽¹⁾.

7. Oportunidades de mejora en el ámbito de AP relacionadas con el PAINNE

No todas estas oportunidades de mejora emanan del PAINNE, pero su existencia o aplicación favorecen el desarrollo del proceso:

- **Consulta no presencial** a través de Osabide AP y Osabide Global, entre las consultas de AP y las consultas especializadas de pediatría hospitalaria, que suponen una oportunidad de mejora en el área de la comunicación.

- **Consulta preventiva de psicología infantil para menores de 6 años** en la propia área de pediatría del Centro de Salud. Consiste en una consulta de psicología en la propia área de pediatría del centro de salud, donde la psicóloga infantil tiene agenda abierta un día de cada mes (en nuestro centro desde 2010). Tiene un propósito eminentemente preventivo (prevención primaria y secundaria). Tiene una doble ventaja: el eliminar la barrera que supone para los padres el desplazamiento a un Centro de Salud Mental Infante-Juvenil, y el mejorar la comunicación entre psicóloga y profesional de AP.
- **Sesiones de pediatría prenatal.** Siguiendo la recomendación de Previnfad de establecer un primer contacto entre el equipo de

pediatría y los futuros padres antes del nacimiento del niño⁽¹¹⁾.

En ellas, el equipo de pediatría, de la mano de las matronas, se presenta a los futuros padres en el tercer trimestre del embarazo. Se realiza mediante una **técnica de educación para la salud** con metodología grupal, utilizándose, para transmitir la información, el estilo directo y con flujo bidireccional, entre los emisores y los receptores.

Se pretende favorecer el empoderamiento de los padres en la resolución y en la toma de decisiones de las situaciones habituales, que se producen en el recién nacido, así como la promoción y prevención de la salud a través del fomento de la lactancia materna y de los hábitos de vida saludables (alimentación adecuada, evitación de tabaquismo, alcohol, drogas). En suma, actuar favoreciendo el vínculo paterno-materno-filial.

En nuestro centro las venimos llevando a cabo desde marzo de 2013, y hemos elaborado una Sesión Compartida de Pediatría Prenatal que puede ser visitada por los profesionales en Ezagutza, a través de: <http://www.prosakidetza.net> > Ezagutza > Sesiones Compartidas.

- Actividades específicas de formación para el personal de AP, relacionadas con las áreas relacionadas con la supervisión del DPM.
- Promoción de la participación en el desarrollo y en la mejora del proceso para los profesionales de pediatría de AP mediante grupos de trabajo. Ofrece una oportunidad para la mejora continua de la calidad.

8. Conclusiones

- La consulta de pediatría de AP es el marco fundamental para la supervisión y la pro-

moción del DPM, así como para la detección de la población infantil susceptible de necesidades especiales

- La actuación se sustenta en la potenciación de un seguimiento longitudinal protocolizado y orientado a la prevención y promoción de la salud.
- Adquiere una especial dimensión la sistematización de las actividades y de las herramientas para el cribado, la detección precoz y la atención temprana en las situaciones de riesgo y entidades patológicas detectadas.
- La gestión y la coordinación de los recursos y de las actuaciones necesarias, además del control evolutivo de cada caso, forman parte de la atención integral a los niños con necesidades especiales en el ámbito de AP.
- El trabajo en equipo constituye la base del proceso y fortalece la situación de privilegio de los profesionales de pediatría de AP como referentes en la atención a los niños y niñas con necesidades especiales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grupo de Trabajo del Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales. Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales (PAINNE). Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud; 2013.
2. McPherson M, Arango P, Fox H, et al. A new Definition of Children With Special Health Care Needs. *Pediatrics*. 1998; 102: 137-40.
3. Álvarez Gómez MJ, Soria Aznar J, Galbe Sánchez-Ventura J. Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención

Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta de Navarra. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009; 11: 65-87.

4. Boyle CA, Boulet S, Schieve LA, et al. Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997-2008. *Pediatrics*. 2011; 127: 1034-42.
5. Colomer Revuelta J. Galbe Sánchez-Ventura, J. Atención orientada al desarrollo y supervisión del desarrollo psicomotor. En recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea]. Actualización mayo 2013. [consultado 26/09/2013]. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/psicomotor.htm>
6. Fernández Álvarez E, Fernández Matamoros I, Fuentes Biggi J, Tabla de desarrollo Haizea Llevant. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 1991.
7. Glascoe FP, Dworkin P. The role of parents in the detection of developmental and behavioral problems. *Pediatrics*. 1995; 95: 829-36.
8. Robins DL, Fein D, Barton ML, Green A. The Modified checklist for autism in toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Aut Dev Dis*. 2001; 31: 131-44.
9. Galbe Sánchez-Ventura, J. Cribado de los trastornos del espectro autista. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea]. Actualización octubre 2010. [consultado 26/09/2013]. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/autismo.htm>
10. Bridgemohan C. Screening tools for autism spectrum disorders. En: Augustyn M, Section Editor. Torchia MM, Deputy Editor. UpToDate 2013. This topic last updated: sep 06, 2013. [Consultado el 26.09.2013]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
11. Pallás Alonso CR. Prevención prenatal. Visita prenatal. En recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea]. Actualización diciembre 2005. [Consultado 26/09/2013]. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/prenatal.htm>