Lenguaje infantil: una experiencia de trabajo en el Consultorio de Niño Sano del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"

Natalia Regatky,* Patricia Lamy,* Alicia Camarasa,** Ricardo Miguez,# Sebastián Gacio,# Graciela Salamanco*

Resumen

Los trastornos del lenguaje son un grupo frecuente de problemas pediátricos. En la mayoría de los casos, el pediatra es el primer profesional que recibe esta consulta y debería estar capacitado para la detección e intervención oportuna.

Nuestro objetivo fue elaborar un modelo de atención pediátrica para niños cuyo motivo de consulta es "no habla", "habla poco" o "habla mal", que incluya una evaluación completa del desarrollo.

Se evaluó a niños de 2 y 3 años que consultaron por retraso en la adquisición de pautas del lenguaje. Se les realizó anamnesis y examen clínico completo, evaluación del lenguaje, técnicas de pesquisa y diagnóstico de patologías del desarrollo, audiometría, control en neurología y fonoaudiología. Se averiguó el tiempo de demora entre sospecha y turno en fonoaudiología, y se examinó la historia clínica previa.

Se incluyó a 57 niños (80,7% varones). En el 61% de los casos, no fue el pediatra quien sospechó la patología. La media y la mediana del tiempo de demora fue 7 meses. En el 70%, la demora se debía a un freno del sistema de salud. El 56,6% tenía historia clínica previa incompleta en la evaluación de hitos del lenguaje. En esta población, el 49% sufría trastorno del lenguaje; el 34%, retraso generalizado del desarrollo; el 17%, trastorno generalizado del desarrollo y el 7% no completó evaluación.

Conclusión: *Ante un niño que no habla, el pediatra debe extremar las medidas para un diagnóstico temprano y orientar su terapéutica.*

Palabras clave: *lenguaje infantil, trastornos del desarrollo psicomotor, técnicas de pesquisa, calidad de atención.*

Summary

Language disorders are a frequent pediatric problem. In most cases, the pediatrician is the first professional who has the opportunity to detect them and therefore he should be trained to early detect these entities and differentiate them from other developmental disorders.

Our objective was to create a pediatric assistance model for those children who "does not speak", "speaks little", "does not speak well", that includes a full evaluation of their development.

All children ranging 2 to 3 years who came to the hospital due to a delay in language acquisition were evaluated. Routine evaluations included full anamnesis, complete physical exam, language evaluation, screening and diagnostic tests for developmental disorders, audiometry, neurological, and speech and language/audiology control examination in all cases.

Time elapsed between suspicion of the problem and the visit to speech and language/audiology section was recorded. Previous medical records were also evaluated.

The study population included 57 patients (80.7% males). In 61% of cases, it was not the pediatrician who suspected the disorder. The mean and median elapsed time before visit was 7 months. In 70% of cases, the reason for a delayed visit was related to the health care system. 56.6% of patients had an incomplete medical record related to language milestones. In this population, 49% had a language disorder, 34% generalized growth delay, 17% generalized growth disorder, and 7% did not complete the evaluation.

Conclusion: *The pediatrician, when facing a child who does not speak, has to be extremely aware to maximize the chances of an early diagnosis and to identify the right therapeut ic pathway.*

Key words: *children language, psychomotor developmental disorders, screening techniques, quality of care.*

* División de Promoción y Protección de la Salud
** Sección Fonoaudiología
\# Residente 3er año, División de Neurología
Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"
Gallo 1330 (1425)
Buenos Aires

Introducción

Los trastornos del lenguaje son un grupo frecuente de problemas pediátricos. La prevalencia de retrasos del habla y del lenguaje es del 2% al 19% y depende de la definición utilizada.[1] Su detección a tiempo para instaurar un tratamiento adecuado tiene fundamental importancia, dado que si dichos trastornos pasan inadvertidos son causa de alteración en la calidad de vida de un individuo y es reconocida su influencia en el fracaso escolar.

En la mayoría de los casos, el pediatra es el primer profesional en recibir la consulta por sospecha de patología del lenguaje. Es vital que realice una evaluación completa y una intervención sostenida en el tiempo para acompañar el

proceso diagnóstico y terapéutico del niño, respetando las modalidades y especificidades de las disciplinas que intervienen en este camino.

Algunos niños tienen perturbaciones del lenguaje asociadas a otros trastornos del desarrollo y es fundamental el reconocimiento temprano, pues a estos niños hay que ofrecerles otro perfil de atención y un equipo multidisciplinario capaz de responder a esa demanda global.

El objetivo de esta experiencia es elaborar un modelo de atención pediátrica para los niños cuyo motivo de consulta es "no habla", "habla poco" o "habla mal", que incluya una evaluación completa del desarrollo. Así podremos diferenciar entre un retraso en la adquisición de pautas del lenguaje para la edad, un trastorno del lenguaje u otro trastorno del desarrollo en el cual el lenguaje sea solo una de las áreas afectadas.

Material y métodos

Población: Niños de 2 y 3 años que consultaron a la Sección de Fonoaudiología o Consultorio de Niño Sano del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" entre mayo de 2007 y mayo 2008, porque "no habla", "habla poco" o "habla mal". Estos niños fueron derivados para evaluación desde diferentes áreas del Hospital.

Metodología: Estudio descriptivo, de observación. En todos los casos, se realizó una anamnesis completa a los padres que incluía antecedentes de trastornos del desarrollo personales o familiares, examen físico completo a los niños (con valoración bucofacial), teniendo en cuenta la posibilidad de estigmas de patología genética y neurológica; evaluación pediátrica del lenguaje y del juego del niño mediante preguntas dirigidas a los padres e interacción a través del juego con el niño, y se aplicó la Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE)[2] y CAT/CLAMS.[3] Cuando se consideró necesario por presunción de trastorno generalizado del desarrollo, se aplicó el CARS.[4] De esta forma, fue posible evaluar si el niño tenía patología del lenguaje y, en ese caso, si el área del lenguaje era la única alterada o sufría otro trastorno del desarrollo.

En la historia clínica, se incluyeron preguntas que permitieron conocer hábitos de crianza y grado de estimulación medioambiental de las familias.

A través de preguntas dirigidas a los padres, se investigaron los factores de riesgo mencionados en la bibliografía para trastornos del lenguaje: antecedente familiar de trastorno del lenguaje, necesidades básicas insatisfechas, situaciones familiares de duelo, antecedentes de hipoacusia, bilingüismo, madre analfabeta o dinámica familiar alterada.[5]

Se averiguó el tiempo de demora entre sospecha de patología del lenguaje y obtención del turno en Fonoaudiología para su evaluación, como así también quién la sospechó y la causa de la demora.

En la historia clínica del paciente, se verificó la evaluación o no de hitos madurativos del lenguaje (en los controles de salud a los 6, 9, 12 y 18 meses de vida). Se consideró positivo si aparecían dichos registros y negativo en caso contrario. Se incluyó en "negativo" si no figuraba por escrito la evaluación de los hitos del lenguaje diferenciados de las otras áreas del desarrollo: motricidad gruesa, fina y personal-social, aunque hubiera aparecido "maduración acorde a la edad".

Todos los niños fueron sometidos a una audiometría; se facilitó a los padres la obtención de turnos en el Sector de Audiología, lo que fue posible gracias a la colaboración del equipo de audiología con este protocolo.

Todos los niños fueron derivados al Servicio de Neurología para control clínico. Se facilitaron los turnos a los pacientes del protocolo quienes fueron evaluados por dos neurólogos asignados para tal fin. Se realizó el control clínico, el llenado de una ficha confeccionada para este protocolo en la que se buscaba información sobre antecedentes del niño relativos a alteraciones del desarrollo, tipo de juego e interacción social y datos positivos al examen físico neurológico. Cuando el neurólogo lo consideró necesario, según indicaciones médicas vigentes, se solicitaron estudios complementarios.

Los niños fueron examinados en la Sección de Fonoaudiología para valorar diagnóstico de su patología del lenguaje e iniciar tratamiento, si era necesario. Se utilizó la Preschool Language Scale versión 3, PLS 3). El control se completó con la observación de la interacción del niño con los padres y la evaluación cualitativa del lenguaje a través del juego.

Finalizamos con la devolución a los padres y orientación para continuar vías de diagnóstico definitivo e inicio de tratamiento en los casos pertinentes.

Se realizó el seguimiento de los pacientes, el acompañamiento en etapas diagnósticas finales e inicio de las distintas terapéuticas. Según las patologías diagnosticadas, en algunos casos, se efectuaron entrevistas de padres y se les brindó contención ante diagnósticos que

generaron angustia en las familias. Del mismo modo, en muchos casos, fue necesario orientar y tramitar certificados de discapacidad.

Definiciones utilizadas

Trastorno del lenguaje expresivo: La característica esencial es una deficiencia en el lenguaje expresivo que supera deficiencia en la capacidad intelectual y del lenguaje receptivo si estuvieran presentes. Esta deficiencia interfiere en la comunicación social del niño. El niño no cumple los criterios diagnósticos para otro trastorno del desarrollo. Las características lingüísticas varían según la gravedad del trastorno y la edad del niño. Estas características incluyen, entre otras, un habla limitada cuantitativamente, una gama reducida de vocabulario, frases excesivamente cortas, omisiones, enlentecimiento en el desarrollo del lenguaje.[6]

Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo: La característica esencial es una alteración tanto del lenguaje expresivo como receptivo. Estas alteraciones interfieren en la comunicación social. El niño no cumple con criterios diagnósticos de otro trastorno del desarrollo. A las características del trastorno expresivo se suman la dificultad para comprender palabras o frases.[6]

Trastorno del lenguaje semántico-pragmático: Niños hiperverbales con déficit grave en el uso conversacional del lenguaje, en la comprensión de preguntas abiertas y en la formulación de un discurso coherente y racional. Pueden presentar ecolalias, perseveraciones, disprosodia.[7]

Trastorno generalizado del desarrollo: Perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo, según la clasificación del DSM-IV.[8]

Retraso global del desarrollo: Retraso en dos o más áreas del desarrollo.[5,9]

Este estudio fue aprobado por el Comité de Bioética del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez". Se obtuvo el consentimiento informado de los padres antes de la evaluación y se cumplieron los principios éticos de la Declaración de Helsinki para su realización.

Resultados

La población estaba integrada por 57 pacientes, 46 (80,7%) del sexo masculino y 11 (19,3%) del sexo femenino. Los pacientes fueron divididos en 4 grupos según la edad: 1) de 2 años a 2 años y 5 meses: 9 (15,8%); 2) de 2 años y 6 meses a 2 años y 11 meses: 20 (35,1%); 3) de 3 años a 3 años y 5 meses: 14 (24,6%) y 4) de 3 años y 6 meses a 3 años y 11 meses: 14 (24,6%). En la Figura 1, se muestra quienes sospecharon la patología del lenguaje.

El tiempo entre la sospecha de patología del lenguaje y la derivación a Fonoaudiología (D1) en 57 pacientes fue <1 mes: 25 niños (43,9%) y >1 mes: 32 (56,1%). El tiempo entre la derivación a Fonoaudiología y el turno en Fonoaudiología (D2) en 56 pacientes fue <3 meses: 28 (50%) y >3 meses: 28 (50%); se desconoce este dato en un niño.

El tiempo total de demora entre la sospecha de patología del lenguaje y la evaluación en Fonoaudiología (DT; D1 + D2) se detalla en la Figura 2.

Las causas de la demora >4 meses en el diagnóstico fueron 1) no hubo demora >4 meses (21 pacientes, 36,8%), 2) el pediatra no los derivó

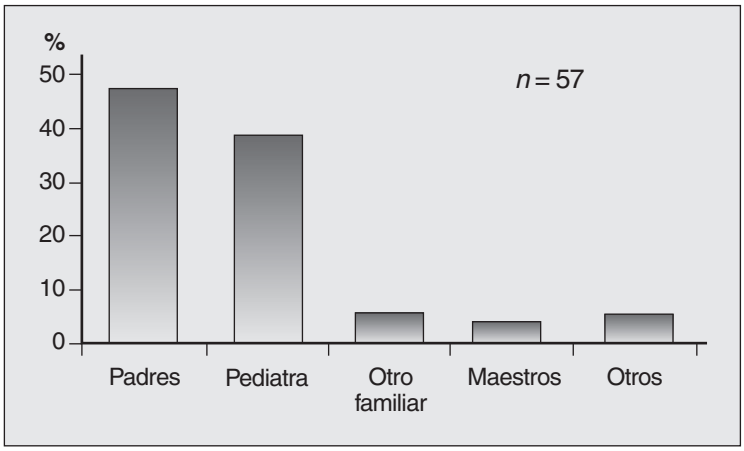

Figura 1. Agentes de detección.

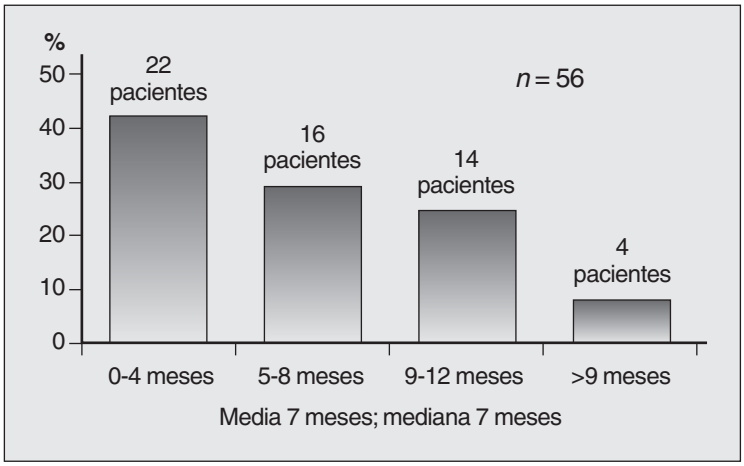

Figura 2. Tiempo de demora para consulta a Fonoaudiología.

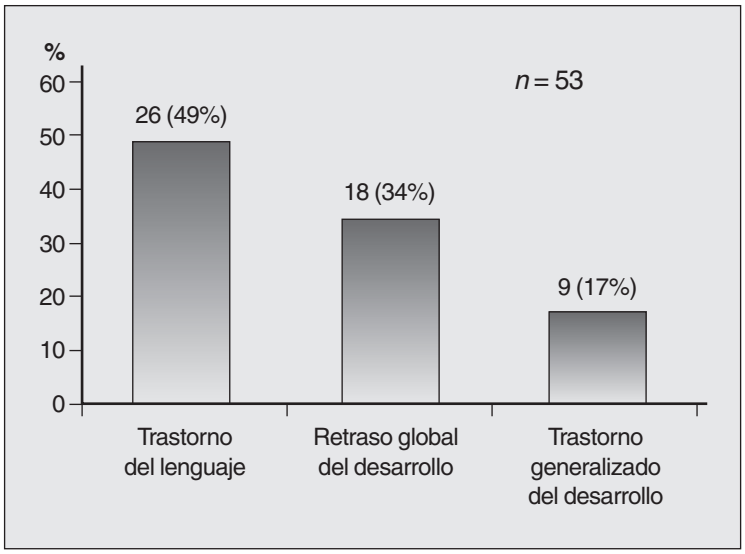

Figura 3. Diagnóstico final.

ante la sospecha (21 pacientes, 36,8%), 3) los padres no concurrieron (pese a que se les indicó) (10 pacientes, 17,5%), 4) no consiguieron turnos en Fonoaudiología (3 pacientes, 5,3%) y 4) desconocida (2 pacientes, 3,1%).

Se revisaron las historias clínicas de 53 pacientes; no fue posible acceder a las historias clínicas de 4 niños (7%). En 20 de las 53 historias revisadas (37,7%), se habían constatado los hitos del lenguaje normales en todos los controles previos, en 30 (56,6%) faltaba constatar los hitos madurativos del lenguaje, al menos, en algún control previo y 3 (5,6%) no tenían constatados hitos de evaluación del lenguaje en ningún sector.

Entre los factores de riesgo para patología del lenguaje que se mencionan en la bibliografía, hallamos los siguientes datos en nuestra población:

- Sexo masculino: 46 (80,7%)
- Antecedente familiar de patología del lenguaje: 28 (49,1%)
- Madre analfabeta: 2 (3,5%)
- Necesidades básicas insatisfechas: 3 (5,3%)
- Bilingüismo: 1 (1,8%)
- Hipoacusia: 2 (3,5%)
- Familia desintegrada: 7 (12,3%)
- Acontecimiento familiar adverso: 19 (33,3%)

Cincuenta y un niños (89,5%) tuvieron un resultado de riesgo en la PRUNAPE.

El 98,2% (56 niños) fue sometido a audiometría (uno no concurrió al control), 5 (8,9%) tenían hipoacusia conductiva secundaria a otopatía serosa.

Con respecto a los hábitos de crianza incluidos en la ficha, se observó lo siguiente:

Cantidad de horas diarias frente al televisor: >4 h: 21 niños (36,8%); 3-4 h: 17 (29,8%); <2 h: 16 (28,1%); no mira televisión: 3 (5,3%).

Método de disciplina: Hablar: 30 (52,6%); Hablar + golpe con mano: 23 (40,3%); Otro método violento: 4 (7%).

Cantidad de libros en el hogar: Ninguno: 6 (10,5%); <3: 21 (36,8%); >3: 30 (52,6%).

Cantidad de veces por semana que les leen o cuentan cuentos: Ninguna: 21 (36,8%); <3 veces: 13 (22,8%); >3 veces: 23 (40,4%).

¿Con quién duerme el niño? (*n* = 53): Colecho: 19 (35,8%); Cohabitación sin colecho: 5 (9,5%); Solo: 29 (54,7%). Desconocemos el dato en 4 niños.

Diagnóstico fonoaudiológico definitivo (*n* = 53) (4 no terminaron evaluación):

- Trastorno del lenguaje expresivo: 26 (49%)
- Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo: 25 (47,2%)
- Trastorno semántico-pragmático: 2 (3,8%)

Solicitud de estudios complementarios por el neurólogo (*n* = 53) (4 pacientes no concurrieron a Neurología): No fue necesario ninguno: 46 (86,8%); Electroencefalograma: 3 (5,7%); Resonancia magnética: 3 (5,7%); Tomografía computarizada: 1 (1,9%).

En la Figura 3, se detallan los diagnósticos finales. De los 9 niños con trastorno generalizado del desarrollo, 2 fueron trastorno autista y 7, trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Discusión

Cuando una familia consulta al pediatra por un niño con retraso en la adquisición de pautas del lenguaje comienza un desafío y se abre un abanico de diagnósticos diferenciales en el que resulta imperioso diferenciar si realmente este niño tiene un retraso del lenguaje, un trastorno del lenguaje u otro trastorno del desarrollo en el que la patología del lenguaje es sólo un componente del cuadro final.

Al comenzar esta experiencia de trabajo, sabíamos que nuestra población, por ser hospitalaria y pertenecer a un medio socioeconómico bajo, tendría una prevalencia más alta de estas

alteraciones.[10,11] Sin embargo, fue llamativa la cantidad de trastornos del desarrollo detectados ante la consulta de retraso en la adquisición de pautas del lenguaje.

Después de haber trabajado este tiempo con esta población, creemos que una evaluación pediátrica completa que incluya valoración de todas las áreas del desarrollo infantil y tenga en cuenta los principales diagnósticos diferenciales en la consulta de un niño con retraso en la adquisición de pautas del lenguaje, le brinda al pediatra de cabecera la posibilidad de formar su impresión diagnóstica para orientar a la familia acerca de los pasos por seguir para arribar a un diagnóstico definitivo. Esta evaluación completa debería permitirnos diferenciar niños con retraso leve en la adquisición de pautas del lenguaje, trastornos del lenguaje u otros trastornos del desarrollo y, de esta forma, optimizar el tiempo y ahorrar a las familias costos innecesarios, tanto económicos como emocionales.

Nos resulta importante puntualizar que si el pediatra logra diferenciar una alteración del lenguaje de otro trastorno del desarrollo podrá iniciar su orientación diagnóstica con distintos profesionales de la salud: pediatra especializado en neurodesarrollo, neurólogo, psiquiatra, psicopedagogo u otro especialista y, si bien muchos de estos trastornos del desarrollo merecen una evaluación del fonoaudiólogo, no siempre esta debería ser la primera interconsulta.

En este trabajo, averiguamos que, en la mayoría de los casos (61,4%), fueron los familiares y no el pediatra quienes sospecharon la patología del lenguaje.

Si el pediatra no tiene en cuenta la evaluación del área del lenguaje del niño en los controles de salud o desestima la preocupación de los padres o de los maestros por las alteraciones del lenguaje de un niño, esto se convierte en una oportunidad perdida para detectar trastornos del desarrollo, ya que es la persona que, con mayor frecuencia, tiene acceso a la evaluación de los niños a través de la consultas de rutina y su palabra es considerada de mucha importancia por los padres.

Creemos que la falta de información sobre estos temas en la formación de los pediatras, que muchos de ellos desconozcan la importancia de detectar en forma temprana las patologías del lenguaje (esto está íntimamente ligado a que la mayoría se forma en hospitales y la atención del paciente crítico es prioritaria), la ausencia de programas para la unificación y el trabajo multidisciplinario en la detección y tratamiento de patologías del desarrollo en la mayoría de las instituciones, podrían ser causas de oportunidades perdidas. La situación planteada obstaculiza, sin dudas, la prevención primaria.

En algunos niños, el motivo de la demora en la evaluación fue la dificultad para obtener un turno en Fonoaudiología. La Sección de Fonoaudiología de este Hospital se especializa en trastornos de la comunicación y del lenguaje, recibe la demanda de interconsultas internas del Hospital y derivaciones de otros hospitales, centros periféricos y escuelas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Gran Buenos Aires, que no cuentan con dicho servicio. El número de consultas en relación con el recurso humano supera las posibilidades de atención en los tiempos deseados.

Cuando surge la sospecha de retraso del lenguaje, es preciso comenzar de inmediato la evaluación para corroborar o no dicha impresión y, si persiste, realizar la derivación a Fonoaudiología para su caracterización. Si bien creemos que no debería retrasarse esta consulta a partir de la derivación, sabemos que, dadas las condiciones del sistema sanitario actual, transcurrirá cierto tiempo para que se concrete. Este tiempo no debería exceder los 3-4 meses, pues un diagnóstico y un tratamiento oportunos mejoran la calidad de vida del niño y el pronóstico a largo plazo.[12] Durante este lapso, el pediatra debería intervenir propiciando modalidades de comunicación intrafamiliares saludables, tratando de detectar cualquier situación capaz de entorpecer el adecuado desarrollo, etc.

La media y la mediana del tiempo de demora entre la sospecha y el turno en Fonoaudiología fueron de 7 meses, demasiado si se considera lo que implica la falta de lenguaje en un niño y que son años fértiles para toda intervención terapéutica.

Los niños de 2 y 3 años que no hablan no están cursando un proceso de estructuración del lenguaje (comprensión y producción verbal). Esto tiene implicancias de riesgo cognitivo, dado que estos niños no operan mentalmente con un sistema de signos y símbolos afectivo y social. Una de las funciones fundamentales del lenguaje es la posibilidad de interactuar, de comunicarse y de pertenecer a su grupo socio-lingüístico. Un niño que a los 3 años no habla ya tiene riesgo psicoafectivo, social y cognitivo. Los pediatras no debemos esperar que un niño tenga 3 o 4 años para iniciar el estudio de un trastorno del lenguaje.[9] Los trastornos del lenguaje tienen mejor pronóstico y los pacientes se recuperan con tratamientos más cortos si se los detecta precozmente.[13]

No se debe subestimar a un niño con retraso del lenguaje por ser varón, por haber tenido un hermano, por pertenecer a un hogar bilingüe o a un nivel socioeconómico bajo.[12]

En esta experiencia, de los 34 niños en los cuales conocemos la causa de la demora en el diagnóstico y ésta fue >4 meses (tiempo que estimamos máximo prudencial ante una sospecha de patología del lenguaje y dato obtenido del relato de los padres), el 24 (70,5%), más de la mitad, lo hizo por un freno del sistema de salud (porque el pediatra, pese a la sospecha prefirió esperar un tiempo para revalorar, en la mayoría de los casos, o porque no consiguieron el turno en Fonoaudiología).

Queremos aclarar que no fue nuestro objetivo valorar el tiempo que demoran los pacientes en obtener turnos para audiometría ni para evaluación en Neurología y nuestros pacientes tuvieron turnos inmediatos por su incorporación en este protocolo, es decir, cuando nos referimos a demora, no hacemos referencia a la demora total en el diagnóstico definitivo, sino al inicio de la evaluación en Fonoaudiología al cual fueron derivados en primera instancia los pacientes de esta muestra.

De la revisión de historias clínicas previas de los pacientes surge que en más de la mitad (56,6%) faltaba constatar los hitos madurativos, al menos, en algún control previo y, en muchas de ellas, aparece la frase "desarrollo madurativo acorde a la edad", sin otro comentario. Consideramos que esto se debe a la poca importancia que se le da a constatar pautas de desarrollo en la historia clínica y no es la primera vez que pensamos que colocar "acorde a la edad" no es la manera de hacerlo. Si aparece alguna sospecha de trastorno del desarrollo y el pediatra necesita mirar cómo fue la evolución de los hitos para estimar cómo y cuándo pudo haber empezado el problema, no cuenta con el documento de mayor valor para hacerlo que es el registro médico previo a través de lo escrito en la historia clínica. Por otro lado, si un profesional requiere interpretar qué es lo que pensó otro colega al ver a ese niño antes, convengamos que no para todos las pautas normales son las mismas para una edad determinada.

Averiguamos si nuestros pacientes tenían factores de riesgo para trastornos del lenguaje descritos en la literatura.[12] La gran mayoría de los niños pertenece al sexo masculino, la mitad de ellos tiene antecedentes familiares de patología del lenguaje y muchos tienen familias disgregadas o vivieron acontecimientos familiares adversos para su normal desarrollo.

El lenguaje representa la función neuropsicológica más compleja en el desarrollo del niño y, en él, confluyen y se integran funciones cerebrales superiores que requieren un sistema receptivo y expresivo indemne. La estimulación ambiental desde el momento mismo del nacimiento es condición de su existencia. Debemos tener en cuenta la dinámica psicoafectiva del niño para un normal desarrollo.[14]

Se debería realizar una audiometría a todos los niños antes de ingresar en la escuela y, en especial, a aquellos con factores de riesgo de padecer patología de la audición según recomendación de la American Academy of Pediatrics.[15]

En nuestro trabajo, todos los niños fueron sometidos a una audiometría, ya que, en un niño con trastorno del lenguaje o del desarrollo, hay que descartar hipoacusia. El 8,9% sufría hipoacusia conductiva leve o moderada, secundaria a otopatía serosa, valor similar al hallado en la literatura.[16]

Si bien la mayoría de los niños tiene un episodio de otopatía serosa en algún momento de su vida y que, en gran parte, son episodios benignos y autolimitados, es función del pediatra de cabecera controlar la evolución y, en los casos crónicos, indicar una derivación al especialista en Otorrinolaringología y Audiología. De esta forma, se evitará la posibilidad de pasar por alto un pequeño porcentaje de hipoacusias conductivas que tiene indicación de tratamiento específico.[17,18]

Si bien al comienzo planteamos la realización de la PRUNAPE[2] en estos niños, su empleo no estaba indicado, porque es una prueba de pesquisa de trastornos del desarrollo para niños presuntamente sanos, y nuestra población ya consultaba con sospecha de patología del lenguaje. Sin embargo, continuamos realizándola, pues resultó una prueba útil, porque nos permitía la evaluación formalizada de las distintas áreas del desarrollo. Por lo tanto, no nos llamó la atención la alta proporción de niños con PRUNAPE de riesgo.

En la encuesta para los padres sobre hábitos de vida de los niños, encontramos algunas situaciones que merecen ser comentadas. En nuestra población, 38 niños (66,6%) miran >2 horas diarias de televisión, lo que se considera excesivo, con todos los efectos negativos a corto y largo plazo que aparecen reconocidos en la bibliografía.[19,20] A mayor cantidad de horas de televisión por día, menor interacción entre padres y niños, menor tiempo para el juego o lectura de libros infantiles, ambas actividades beneficiosas para el desarrollo favorable de un niño. Por otro lado,

si pensamos que para una buena comunicación es necesario que el lenguaje tenga un ida y vuelta, este hecho no ocurre en un niño frente al televisor.

El 47,3% (28 niños) de los padres recurre a algún método violento de disciplina. Un niño que vive en un clima de violencia familiar no puede concentrarse para jugar ni aprender y, por lo tanto, el logro del desarrollo normal para su edad está alterado. Es llamativa la alta prevalencia del castigo corporal utilizada por nuestra población. Los métodos de violencia para la disciplina parecen incorporados y aceptados por ellos. Tal vez, en algunas familias, no sea "conveniente" que el niño "hable".

El riesgo de maltrato físico en los niños aumenta con el nivel de violencia en el hogar. Muchas veces la consulta pediátrica puede ser el único momento en el que una víctima de violencia familiar está lejos del agresor y puede revelar su situación sin riesgos.[21]

A 34 niños (57,6%) de esta población les leen o cuentan cuentos <3 veces por semana; a 21 (36,8%), ninguna. En la población estudiada, no está incorporado el hábito de la lectura en el hogar. Trabajamos para hacerlo reconociendo su efecto estimulador de la comunicación. Hablamos con los padres con el fin de estimular este hábito.

Muchos niños tienen colecho o cohabitación, lo que implica menor privacidad tanto para padres como para niños, situación que puede influir en el desarrollo infantil.

Cincuenta y tres pacientes fueron evaluados en el Servicio de Neurología. En la mayoría con un examen clínico neurológico completo, no surgió la necesidad de solicitar estudios complementarios, tal como se comunica en la bibliografía.[5] Sólo el 13% de esta población requirió estudios complementarios:

- resonancia magnética en 3 pacientes con diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo, 2 con subclasificación de trastorno autista según el DSM-IV y uno con convulsiones.
- tomografía computarizada en un paciente con retraso global del desarrollo y antecedente familiar de 2 hermanos con retraso mental.
- electroencefalograma en 3 pacientes con antecedentes de convulsiones o pérdida de pautas del lenguaje ya adquiridas.

Consideramos que la consulta al neurólogo en un primer nivel diagnóstico no debería ser de rutina en un niño con sospecha del retraso del lenguaje. Nuestra población fue derivada a Neurología por protocolo. Después de nuestro trabajo, creemos que se debería derivar al neurólogo, en primer lugar, a pacientes con relato de pérdida de pautas ya adquiridas, con antecedentes familiares de retraso mental, antecedentes de convulsiones, trastorno autista según el DSM-IV. Otros niños que deben ser evaluados por el neurólogo infantil son aquellos con hallazgos de alteraciones motoras en el examen clínico, antecedentes de asfixia perinatal y estigmas de síndrome genético o enfermedad sistémica con impacto neurológico (como esclerosis tuberosa).

De acuerdo con la bibliografía consultada, se debería solicitar electroencefalograma a pacientes con antecedentes o hallazgos en el examen físico que sugieran epilepsia y estudios neurológicos por imágenes (de preferencia resonancia magnética) ante asfixia perinatal, hallazgos de microcefalia, parálisis cerebral o signos de foco o convulsiones, en especial, si son focales.[5]

Los niños con diagnóstico de alteración del lenguaje expresivo fueron subclasificados en Fonoaudiología, ya que no merece el mismo tratamiento, ni tiene el mismo pronóstico un niño con retraso leve del lenguaje de otro con un trastorno más complejo. Por otro lado, sabemos que, a esta edad, no es correcto encasillar al niño en un diagnóstico definitivo y es importante verificar la estabilidad del diagnóstico en el tiempo. Lo que no podemos es dejar de iniciar un tratamiento acorde a las necesidades de cada niño en un momento determinado.

Finalmente resaltamos otra vez la importancia del pediatra, que utilizando o no métodos de pesquisa y de diagnóstico de trastornos del desarrollo, pueda diferenciar, un niño con retraso en la adquisición de pautas del lenguaje, de otro trastorno del lenguaje o de otro trastorno del desarrollo. La urgencia no es la misma para iniciar tratamiento precoz en las distintas situaciones planteadas.

Por último, queremos mencionar que, en este trabajo, no incluimos el término retardo mental, porque si bien es posible determinar el coeficiente intelectual en el niño preescolar, el rótulo "retraso mental" habitualmente no se aplica hasta que el niño alcanza la edad escolar, en este momento, se considera que las pruebas formales de coeficiente intelectual son más confiables y reflejan mejor las capacidades a largo plazo del niño.[22]

Conclusiones

1. El pediatra no fue el principal agente de sospecha de patología del desarrollo.
2. El tiempo de demora entre la aparición de sospecha de patología del lenguaje y su evaluación fue mayor que lo deseado y, en un gran porcentaje, esto se debió a un freno del sistema de salud.
3. Sólo un pequeño número de historias clínicas tenía consignados los hitos del lenguaje de manera apropiada, en muchas, no estaban consignados.
4. Los niños de esta población miran muchas horas de televisión por día, los padres para disciplinar utilizan frecuentemente la violencia y el hábito de la lectura no está incorporado en estos hogares.
5. Sólo un reducido número de pacientes requirió estudios complementarios.
6. Un porcentaje elevado de niños tenía trastornos del desarrollo.

Agradecimientos

Angela Gentile, Irene Muchnik De Sobol, Silvana Napoli, María Magdalena Contreras, Cristina Huberman, Marta Groisman, Patricia Gerschanik, Adriana Copitz, Laura Calderón, Verónica De Petris, Silvana Franchini, María Marta Gebara.

Bibliografía

1. Nelson HD, Nygren P, Walker M, Panoscha R. Screening for speech and language delay in preschool children: systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics* 2006;117:298-319.
2. Lejarraga H, Kelmansky D, Pascucci G, Salamanco G. *Prueba Nacional de Pesquisa, Manual Técnico,* Buenos Aires: Fundación Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"; 2005.
3. Accardo P, Capute A. *The Capute Scales. Cognitive Adaptative Test/Clinical Linguistic & Auditore Milestone Scale,* London: Ed. Paul H. Brookes; 2005.
4. Schopler E, Reichler RJ, Renner BR. *The Childhood Autism Rating Scale for Diagnostic, Screening and Classification of Autism,* New York: Irvington Publishers, Inc.; 1986.
5. Shevell M, Ashwal S, Donley D, Flin J. Practice parameter: Evaluation of the child with global developmental delay. *Neurology* 2003;60:367-380.
6. *DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales,* Trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia. Trastorno de la comunicación, Barcelona: Masson; 1995:58.
7. Soprano A. Los trastornos del lenguaje. En: Soprano A. *La "Hora de Juego" Lingüística. Disfasias, Afasias, Autismo, Evaluación, Orientación*, 3ª ed. Buenos Aires: Ediciones Lumiere; 2003:75-92.
8. *DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia. Trastorno generalizado del desarrollo, Barcelona: Masson; 1995:69.
9. Lejarraga H, Menendez AM, Menzano E, et al. PRUNAPE: pesquisa de trastornos del desarrollo psicomotor en el primer nivel de atención. *Arch Argent Pediatr* 2008;106(2):119-125.
10. Feldman H. Evaluación y tratamiento de los trastornos del lenguaje y del habla en niños en edad preescolar. *Pediatrics in Review* (en español) 2005;26(7):268-278.
11. Torralba T, Cugnaco I, Manso M, et al. Desarrollo mental y motor en los primeros años de vida: su relación con la estimulación ambiental y el nivel socio-económico. *Arch Argent Pediatr* 1999;97(5):306-316.
12. Flax J, Rapin I. Evaluación de un niño con retraso del habla y del lenguaje. *Contemporary Pediatrics* (en español) 1999;7(4):5-16.
13. Guralnick MJ (ed.) *The Effectiveness of Early Intervention.* Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co, Inc.; 1997.
14. Michelini ML, Rodríguez S, Montiel S, et al. Apoyo sanitario interdisciplinario en educación inicial. *Rev Chil Pediatr* 2000;71(2):154-176.
15. Joint Committee on Infant Hearing. Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs, American Academy of Pediatrics; 2004.
16. Pascucci MC, Lejarraga H, Kelmansky D, et al. Validación de la prueba nacional de pesquisa de trastornos de desarrollo psicomotor en niños menores de 6 años. *Arch Argent Pediatr* 2002;100(5):374-384.
17. Martín H. Otitis media, PRONAP 2004, Módulo 2, Sociedad Argentina de Pediatría.
18. Bachean K, Arvedson J. Identificación e intervención tempranas de niños con hipoacusia. *Pediatrics in Review* (en español) 1998;19(6):203-213.
19. Silinger E, Braga ML, Busaniche J, Eymann A. ¿Qué ven nuestros niños en la televisión? *Arch Argent Pediatr* 2001;99:426.
20. Bar-on ME. The effects of television on child health: implications and recommendations. *Arch Dis Child* 2000; 83(4):289-292.
21. Cahill L, Sherman P. Maltrato familiar y violencia familiar. *Pediatrics in Review* (en español) 2007;28(4):144-150.
22. Walter W, Jonson C. Retardo mental: Aspectos generales y diagnóstico. *Pediatrics in Review* (en español) 2007;28(1):4 -12.