

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Retraso del desarrollo psicomotor

DR. LUIS SCHLACK POBLETE

Profesor Auxiliar de Pediatría
Departamento de Pediatría

DR. JORGE FORSTER MUJICA

Unidad Docente Asociada de Pediatría

Si bien el retraso psicomotor es un problema médico, no cabe duda que la responsabilidad de su diagnóstico y tratamiento compromete a un sinnúmero de profesionales. Cada uno de éstos debe abordar áreas específicas del diagnóstico y colaborar en la rehabilitación de funciones perdidas o en la habilitación de las no desarrolladas.

La precocidad con que se detecta un retraso del desarrollo es de vital importancia, ya que el diagnóstico oportuno tiene una fuerte incidencia en el éxito de las intervenciones terapéuticas, en la reducción de alteraciones sobreagregadas y en la disminución de problemas emocionales en el niño y en su familia. La pesquisa precoz de un retraso psicomotor exige afinar los métodos de diagnóstico en el recién nacido y en el lactante. El diagnóstico es más precoz cuando el pediatra tiene la disciplina de incluir esta evaluación en el examen de rutina, independientemente del motivo de la consulta. La evaluación debe ser aún más acuciosa cuando existen antecedentes que aumenten la probabilidad de retraso. El examen repetido, mediante programas para niños de alto riesgo, tiene su mayor indicación cuando existen antecedentes de enfermedades que directa o indirectamente afectan al sistema nervioso central o periférico. En la Tabla 1 se detallan algunas condiciones que exigen una evaluación frecuente y cuidadosa del desarrollo neurológico.

Desafortunadamente, en algunos casos el diagnóstico se posterga o simplemente no se hace debido a las siguientes circunstancias:

- Se excluye el interrogatorio acerca del desarrollo psicomotor de la anamnesis habitual, investigando sólo aspectos motores clásicos.
- Se sobredimensiona la influencia de aspectos psicológicos, tales como sobreprotección, patrones familiares del desarrollo, características culturales o factores emocionales.
- Se sobreestima la amplitud de la variación normal de aparición de una determinada función y se posterga el diagnóstico al indicar a la familia que debe esperar.

TABLA 1

CONDICIONES CON RIESGO DE RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Antecedentes prenatales

- Historia familiar de retardo mental
- Infertilidad previa
- Abortos a repetición
- Toxemia gravídica
- Sospecha de TORCH
- Antecedentes de medicamentos, alcohol o adicción a drogas

Problemas perinatales

- Asfixia
- Hipoglicemia
- Hiperbilirrubinemia
- Trauma obstétrico
- Convulsiones
- Prematuridad
- Macro o microcefalia del recién nacido

Problemas postnatales

- Desnutrición o privación cultural
- Infecciones del sistema nervioso central
- Traumatismos graves de cráneo
- Trastornos hidroelectrolíticos graves
- Síndromes convulsivos
- Hospitalizaciones prolongadas.

A continuación nos referiremos al análisis del desarrollo psicomotor, haciendo gran hincapié en los elementos clínicos de la historia y del examen físico. El descuido de estos últimos resulta en una hipertrofia del análisis mediante exámenes de laboratorio, que son de alto costo y que resultan poco eficientes si no cuentan con una orientación clínica.

ANAMNESIS

La anamnesis constituye un hito fundamental en el análisis de un niño con retraso, independientemente del área comprometida. Debe obtenerse la historia del desarrollo psicomotor previo, como también acerca de la situación actual de maduración, abarcando todas las áreas del desarrollo. Desafortunadamente, suelen omitirse algunos aspectos de la anamnesis, tales como visión, audición, lenguaje, conducta social y emocional.

Con frecuencia se descuida la anamnesis del periodo neonatal, asumiendo la autenticidad de datos aportados por familiares acerca de distocias, hipoxemia o ictericia, información que puede estar falseada por el olvido o por interpretaciones equivocadas. Una falla en la anamnesis, sin el respaldo de un documento como epicrisis que la certifique debidamente, puede llevar a catalogar erróneamente una alteración del desarrollo como secuela de una patología del recién nacido. Este error anamnésico excluye la investigación de otras etiologías que podrían tener un pronóstico más favorable al ser diagnosticadas oportunamente. En otros casos ocurre lo inverso: se realizan exámenes de alto costo, buscando enfermedades infrecuentes, existiendo antecedentes de daño neurológico perinatal omitidos por la madre o no investigados acuciosamente por el médico.

Además de interrogar sobre los pasos esenciales del desarrollo en diferentes áreas, es importante la anamnesis acerca de conductas que hacen sospechar daño neurológico, que pueden ser la base de un retraso del desarrollo. Se analizarán a continuación estas conductas indicadoras de daño orgánico, tanto del periodo del lactante como de edades posteriores.

Periodo del lactante

Hipo o hiperactividad. Los lactantes con alteración orgánica o funcional del sistema nervioso central pueden ser extraordinariamente pasivos y tener escasa reactividad a situaciones ambientales. En otras ocasiones se presenta precozmente hiperactividad acentuada como expresión de daño neurológico.

Conductas alimentarias. Se observa con frecuencia rechazo precoz y pertinaz de alimentación o dificultades en la deglución de sólidos. Estas conductas suelen aparecer en el primer semestre de vida y evidencian alteraciones psicoorgánicas o graves alteraciones de la coordinación de la succión y de la deglución.

Alteraciones del sueño. El daño neurológico suele expresarse con hipersomnia o por disminución importante del número de horas diarias de sueño. Puede observarse también que se altera el ritmo sueño-vigilia: los lactantes duermen de día y se mantienen despiertos durante la noche.

Reactividad ante estímulos. Es posible observar hiperreactividad a estímulos externos como ruidos, luz, cambios de temperatura, etcétera. A veces aparece una reactividad paradójica: el lactante llora cuando se le toma en brazos o se le acaricia y deja de llorar cuando es dejado en su cuna. Algunos niños con retraso del desarrollo presentan pataletas exageradas frente a mínimas molestias o frustraciones.

Llanto. En ocasiones existe un llanto exagerado y permanente: otras veces el llanto es monótono, de alta tonalidad, independientemente del origen del retardo mental.

Actos extravagantes. El *rocking* (movimientos iterativos de tronco y cabeza) exagerado y constante puede ser una expresión de una con-

ducta patológica de autoestimulación en un lactante con retardo. Otras conductas extravagantes repetitivas son movimientos de manos o dedos delante de los ojos o emisión de ruidos monótonos que no tienen intención comunicativa. Todas estas actividades son más frecuentes en niños en que el retardo se asocia a elementos autistas.

Conductas en crisis o episódicas. Las crisis convulsivas, expresión de descargas eléctricas anormales del sistema nervioso central, indican anomalía funcional del encéfalo y pueden consiguientemente estar asociadas a retraso, que debe ser evaluado. Es importante tener presente que las convulsiones del lactante con frecuencia se expresan con características clínicas diferentes a las observadas a edades mayores. Una crisis puede manifestarse a través de episodios de cianosis, apneas, detención de actividad espontánea, palidez, rubicundez, temblores leves, alteraciones pasajeras del tono, etcétera. Hay algunas formas de crisis, como los espasmos masivos, que se asocian en su mayoría a retraso del desarrollo psicomotor.

Periodo del preescolar y del escolar

En este periodo el retraso del desarrollo psicomotor es más evidente. La anamnesis puede ayudar al diagnóstico de retardo o de alteración neurológica a través de la presencia de las siguientes alteraciones de conducta:

Hipo o hiperactividad. Si se dan en un grado extremo, estas conductas pueden ser signos asociados al retraso en distintas áreas. Cabe destacar que estos síntomas también se dan en niños normales con síndrome de déficit atencional.

Agresividad. Es frecuente observar niños con retardo que tienen agresividad exagerada y no relacionada con situaciones ambientales. Esta agresividad se asocia a menudo con alto grado de impulsividad.

Trastornos de la comunicación. En niños preescolares con retardo son frecuentes los trastornos del habla y del lenguaje. Puede que lleguen a consultar por estos problemas, por lo que es conveniente tener presente que puede existir una falla maduracional más extensa.

Conductas en crisis o episódicas. En estas edades los fenómenos convulsivos son más clásicos y es difícil que no sean diagnosticados. Si bien la mayoría de los pacientes con crisis no tienen retardo, es importante considerar que las convulsiones son la expresión de una disfunción neurológica y como tal podrían asociarse a alteración de otras áreas del desarrollo.

EXAMEN FISICO

El examen está orientado a evaluar el desarrollo psicomotor, teniendo en cuenta los criterios de normalidad según edad y según condiciones ambientales. El examen neurológico (especialmente en lactantes) forma parte inseparable de esta evaluación. Para lograr un diagnóstico precoz, el examinador debe tener experiencia en el reconocimiento del nivel del desarrollo infantil en sus diferentes áreas y estar entrenado en el uso de escalas del desarrollo, tales como las de Denver, Soledad Rodríguez, TEPSI, etcétera.

El análisis detallado de las características del desarrollo normal a cada edad y sus alteraciones, va más allá de los alcances de este artículo, por lo que sólo se detallarán algunos aspectos, a veces olvidados, que suelen ser importantes.

Aspecto general del niño. La inspección del paciente, de preferencia antes del examen propiamente tal, aporta información fundamental. Se pueden observar dismorfias que sugieren embriopatías o genotopías. La piel puede mostrar angiomas en la enfermedad de Sturge Weber, manchas café con leche en la enfermedad de Von Recklinghausen o zonas pequeñas de despigmentación en la esclerosis tuberosa. En algunos casos de retardo mental puede encontrarse retraso del crecimiento o talla menor a la esperada, como es el caso del hipotiroidismo.

Examen del cráneo. La medición del perímetro craneano y su correlación con la talla puede llevar al diagnóstico de microcefalia, signo de una grave alteración anatómica del encéfalo. Cuando el daño cerebral es muy importante se puede detectar un cierre precoz de las suturas

o craneostenosis secundaria, además de la microcefalia y de la detención del crecimiento del perímetro craneano. A veces no existe una microcefalia, sino una deformidad craneana con cierre precoz de la fontanela anterior. Si bien esta característica puede ser expresión de una craneosinostosis, también puede corresponder a una variación del desarrollo normal. Una macrocefalia puede, por otra parte, indicar un aumento del tamaño del sistema ventricular, lo que puede establecerse mediante una ecotomografía o una tomografía axial computarizada cerebral. En casos graves de hipoxia perinatal, la gran reducción de masa encefálica puede manifestarse por cabalgamiento de suturas, detectable en la inspección o en la palpación del cráneo.

Visceromegalias. Las enfermedades degenerativas de la sustancia gris suelen asociarse con hepatomegalia, por lo que su palpación cuidadosa es parte importante del estudio de un niño con retardo. Como ejemplos de enfermedades que cursan con hepatomegalia podemos mencionar algunas glicogenosis, enfermedad de Nieman Pick y la enfermedad de Tay Sachs.

Fondo de ojo. Forma parte del estudio neurológico en un niño con retraso psicomotor. Puede proporcionar una gran ayuda diagnóstica en casos de TORCH, Tay Sachs, lipofuccinosis y otros. Los hallazgos más relevantes en estas enfermedades son atrofia de papila, cicatrices de coriorretinitis, mácula color rojo cereza y reducción del calibre vascular.

Examen de visión. El pediatra debe investigar al menos si existe seguimiento de objetos, presencia de paseo ocular, nistagmus y rojo pupilar. Hallazgos positivos o dudosos del fondo de ojo hacen aconsejable una interconsulta al oftalmólogo.

Examen de audición. Este examen es esencial dentro de la evaluación de un niño con retardo, por la influencia que una hipoacusia o una sordera tienen sobre su desarrollo integral. La búsqueda del reflejo cocleopalpebral (cierre de ojos o pestañeo frente a un ruido intenso), la presencia de giro de la cabeza hacia una fuente sonora o la existencia de un reflejo de alarma determinada por un ruido, permiten presumir que existe audición normal. Algunas de estas reacciones ya están presentes desde las primeras semanas de vida, aunque están influenciadas por el grado de alerta del niño en el momento del examen. Una respuesta dudosa evidentemente justifica la interconsulta a un otorrinolaringólogo.

Examen de lenguaje. Generalmente se trata de un elemento olvidado del examen. Un buen análisis del lenguaje puede proporcionar valiosos datos para el diagnóstico etiológico, sindrómico o del nivel intelectual aproximado. En otro artículo de esta publicación se analiza este tema con mayor profundidad.

EXAMENES DE LABORATORIO

Con frecuencia la anamnesis y el examen físico no permiten llegar a un diagnóstico etiológico del retardo, siendo por lo tanto necesario solicitar exámenes de laboratorio, tales como aminoacidemia, aminoaciduria, exámenes para detectar enfermedades metabólicas, determinación de mucopolisacáridos, de hormonas tiroideas, serología TORCH, cariograma, etcétera. También pueden ser necesarios los exámenes de imágenes como la radiografía de cráneo, ecotomografía cerebral, tomografía axial o resonancia nuclear magnética. Varios de estos exámenes no se realizan en todo el país o son de costo excesivo para gran parte de la población, por lo que su solicitud debe ser discriminada por los hallazgos de la anamnesis y del examen físico.

Aminoaciduria. La cromatografía de orina fresca permite detectar el aumento de la excreción de aminoácidos característico de algunas enfermedades metabólicas que se asocian a retraso, como la fenilketonuria, la homocistinuria o la tirosinemia. En caso de dudas, el estudio se puede proseguir con la medición de aminoacidemia, que es más específica. Sin embargo, son pocos los laboratorios capaces de realizar la determinación cuantitativa de aminoácidos en sangre.

Screening de enfermedades metabólicas. Se trata de exámenes relativamente simples que también se realizan en orina fresca, que permiten detectar anomalías del metabolismo de las proteínas y de los hidratos de carbono.

Cariograma. Este examen es demoroso y de alto costo y, si bien puede ser solicitado por el pediatra o el médico general, suele ser más pertinente que lo haga el genetista, quien efectúa un examen clínico especializado y solicita otros exámenes como dermatoglifos y cariotipo, además de tener a su cargo el consejo genético.

Exámenes de imágenes. Son útiles para constatar atrofia cerebral, hidrocefalia, agenesia o hipogenesia de diversas zonas cerebrales, alteraciones de la sustancia blanca, neoformaciones, calcificaciones, malformaciones vasculares, etcétera. La elección del tipo de examen depende de la edad del paciente (fontanela abierta o cerrada) y del tipo de lesión que se sospecha. Por ejemplo, la simple radiografía de cráneo puede ser útil para evaluar problemas en las suturas o en la búsqueda de calcificaciones intracraneanas. Con frecuencia, sin embargo, este último examen se solicita como examen de *screening* sin tener claro qué es lo que se busca, con lo que se posterga innecesariamente el diagnóstico.

Electroencefalograma. Tiene valor cuando existen crisis convulsivas o sospecha de ellas, siendo un examen fundamental para el diagnóstico del tipo de descarga, lo que permite escoger el mejor tratamiento y evaluar sus efectos sobre el síndrome convulsivo. Es conveniente tener presente que no es adecuado solicitar un EEG para evaluar el nivel de maduración del caso analizado ni tampoco para aclarar aspectos etiológicos.

EVALUACION POR OTROS PROFESIONALES

Evaluación psicológica. La calificación de retardo intelectual implica un pronóstico de gran trascendencia, por lo que su diagnóstico debe realizarse en forma científica. Esto se logra mediante pruebas adecuadas para cada edad realizadas por profesionales idóneos. Es muy grave adelantar a la familia un diagnóstico de retardo intelectual sin el debido estudio realizado por un psicólogo. Este examen proporciona un material para la rehabilitación y para la elección del colegio más conveniente para el niño.

Evaluación de aspectos emocionales. Psiquiatras y psicólogos tienen un papel trascendental en la pesquisa y en el manejo de los aspectos emocionales que los niños con retardo y su familia presentan con frecuencia. Existe la tendencia a desestimar los trastornos emocionales de los niños con retraso, por la creencia equivocada de que el niño con retardo no es capaz de tener problemas afectivos. El tratamiento oportuno de este tipo de dificultades puede favorecer el desarrollo de las potencialidades del paciente.

Evaluación del lenguaje. En algunos casos el diagnóstico y la terapia están a cargo de fonaudiólogos o médicos especializados en lenguaje. El trabajo de estos profesionales debe realizarse en equipo con otorinolaringólogos y audiometristas.

Evaluación genética. Con gran frecuencia la etiología del retraso es de origen genético. Además del examen clínico y de la realización de dermatoglifos y cariotipo, el genetista tiene un papel relevante en la identificación de un síndrome genético definido y en el consejo respectivo.

Evaluación ortopédica y kinésica. Este estudio está a cargo de un equipo que es variable de un hospital a otro. En todo caso intervienen médicos de medicina física y de rehabilitación, ortopedistas y kinesiólogos. En los niños con retraso mental asociado a parálisis cerebral, los profesionales mencionados constituyen el equipo fundamental.

MANEJO

Entrevista con la familia. Cuando se ha concluido el diagnóstico de un retraso del desarrollo psicomotor, corresponde citar a ambos padres y a veces a otros familiares. En esta sesión deben tratarse los siguientes aspectos esenciales:

- Explicar con claridad la existencia del retraso y el grado de éste, así como informar acerca de las etiologías determinantes de la lesión del sistema nervioso central. Es importante usar un lenguaje sencillo y al mismo tiempo exacto, para evitar que la familia capte una información equivocada sobre el problema, lo que podría llevar a sentimientos injustificados de culpa.
- Aclarar el pronóstico del daño neurológico. En el caso de un lactante, conviene insistir en la dificultad de entregar un pronóstico cierto. Es fundamental advertir a los padres todas las complicaciones que pueden presentarse, porque así participarán mejor en la terapia, reduciendo en un pronóstico más favorable.
- Conviene contrarrestar la tentación de los padres de iniciar una interminable búsqueda de una curación milagrosa del problema y destacar la inutilidad de largas series de exámenes adicionales y viajes a centros mundialmente conocidos, que sólo despiertan falsas expectativas con un séquito de frustraciones.
- Es importante que el médico, tanto en la primera entrevista como en los controles posteriores, ayude a la familia a apreciar en su verdadera medida el déficit del niño, evitando así una sobreprotección que acentúa el problema más allá de su dimensión orgánica, además de significar una sobreexigencia en la tarea parental respecto del niño con retraso y una menor preocupación por sus hermanos.

Medicamentos. Son contados los casos de retraso del desarrollo psicomotor en que existe una terapia medicamentosa específica. Los medicamentos utilizados en estos niños son aquellos que sirven para aminorar síntomas agregados como hiperactividad, agresividad, problemas de atención y de concentración, cuadros convulsivos, etcétera. Al administrar un tratamiento sintomático, debe explicarse claramente a los padres que éste no influirá en el retraso, para evitar falsas expectativas y frustraciones. Perteneciendo a la mitología médica la administración de vitaminas, tónicos cerebrales, precursores de neurotransmisores y otros que prometen restaurar funciones cerebrales, ya que no tienen base científica alguna. Hay que hacer notar que es inconveniente crear ideas falsas en la familia respecto de las virtudes de estos medicamentos, pues ello lleva a descuidar su colaboración en el manejo de las conductas del niño y su participación en una rehabilitación adecuada.

Trabajo en equipo. Es necesario insistir en que el médico no puede ni debe manejar aisladamente el caso de un niño con retraso, por el valor ya destacado de un trabajo en equipo con otros profesionales, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de este tipo de pacientes y de sus familias. El resultado final del tratamiento depende de la frecuencia y de la calidad de las reuniones del equipo de los diferentes profesionales que intervienen en la solución de los problemas específicos del desarrollo de cada niño con retraso.

En síntesis, el buen manejo de un caso con retraso del desarrollo psicomotor requiere, por una parte, de la integración coordinada de conocimientos y esfuerzos de una vasta gama de profesionales, así como de la participación activa de los padres y de la comunidad, por otra. Sólo así será posible reducir las limitaciones del niño a la dimensión biológica que aún no sabemos modificar.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

- Connolly KJ, Prechtl MFR. Maturation and development: biological and psychological perspectives. London. William Heinemann Medical Books, 1981.
- Corbett J. Mental retardation. Psychiatric aspects. En: Rutter, M: Child psychiatry. London, Blackwell Scientific Publications, 1977.
- Drillin C, Drummond M. Development screening and the child with special needs. London. William Heinemann Medical Books, 1983.
- Pearson PH. The physician's role in diagnosis and management of the mentally retarded. *Ped Clin NA*, 1968; 15:835-860.