

## Mesa Redonda

### Actualización en Neurología

#### El retraso psicomotor en la consulta del pediatra

I. RUIZ-AYÚCAR DE LA VEGA

*Complejo Asistencial Universitario de Salamanca*

#### RESUMEN

**Introducción.** El conocimiento del desarrollo psicomotor normal del niño debe ser parte de la formación del pediatra. Abordar el retraso del desarrollo psicomotor puede ser complejo, por lo que se hará una aproximación sencilla y práctica a través de escenarios clínicos.

**Desarrollo.** El desarrollo psicomotor es el proceso continuo que permitirá al niño alcanzar las habilidades correspondientes para su edad. Cuando estas se alcanzan tardíamente o son cualitativamente diferentes, hablaremos de retraso psicomotor. Existen herramientas clínicas para el abordaje del retraso psicomotor, y determinados signos de alarma a tener en cuenta. El retraso puede ser parcial, afectando a una sola esfera, o global. Se puede presentar en consulta, entre otras formas: como un niño que alcanza tardíamente los hitos del desarrollo motor; con el retraso del desarrollo en contexto de anomalías morfológicas a la exploración; como pérdida de las habilidades ya adquiridas; y como retraso grave con exploración claramente alterada. El abordaje puede ser diferente en cada situación.

**Conclusiones.** Ante un retraso leve, con una exploración normal, puede darse un tiempo de observación, siempre con intervención. Ante la sospecha de alteración en el desarrollo, se debe procurar atención temprana. Si se hace una analítica en un niño con un retraso motor, conviene solicitar enzimas musculares. Las causas de retraso psicomotor con tratamiento específico y eficaz deben detectarse. Ante la pérdida de habilidades previamente adquiridas, la valoración

especializada ha de ser precoz. El retraso psicomotor es un síntoma, y conocer la causa de ello es en ocasiones difícil.

**Palabras clave:** Retraso psicomotor; Retraso motor; Desarrollo psicomotor.

#### INTRODUCCIÓN

El conocimiento del desarrollo psicomotor normal del niño debe formar parte de la formación básica de todo pediatra, puesto que su vigilancia es parte fundamental de los programas de seguimiento del niño sano. No se trata tan solo de conocer los hitos propios de cada etapa, sino de ser capaces de identificar señales de alarma o desviaciones en los patrones típicos de desarrollo. El retraso en el desarrollo psicomotor no es una enfermedad por sí misma, sino un síntoma que podría ser reflejo de patología en el niño, no solo del propio sistema nervioso, sino de enfermedades sistémicas. Intentaremos exponer de forma sencilla y práctica, a través de escenarios clínicos, algunos aspectos concretos a tener en cuenta a la hora de abordar el paciente con retraso en el desarrollo psicomotor.

#### DESARROLLO

##### El desarrollo psicomotor normal

El desarrollo psicomotor es el proceso **continuo** que, desde la concepción hasta la madurez, permitirá al niño

*Correspondencia:* Irene Ruiz-Ayúcar de la Vega. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.  
Paseo de San Vicente 58. 37007 Salamanca.  
*Correo electrónico:* ireneayucar@gmail.com

© 2017 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León  
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

alcanzar las habilidades correspondientes para su edad. Este tiene una secuencia similar en todos los niños, pero aun dentro de la normalidad, puede haber variabilidad entre unos y otros, o incluso en el mismo individuo. Podemos encontrarnos con disociaciones en el ritmo del desarrollo entre las distintas esferas, sin que necesariamente exista una patología. Conocer variaciones normales en el desarrollo nos evitará exploraciones y preocupaciones innecesarias (Tabla I).

### La evaluación del niño con alteraciones en su desarrollo psicomotor

A la hora de evaluar el desarrollo, existen varios aspectos que el pediatra debe tener en cuenta:

- Una adecuada historia clínica. Cada paciente debe ser situado en su contexto. Deben conocerse bien aquellos antecedentes que pueden suponer un riesgo de alteraciones en el desarrollo: antecedentes familiares de patología neurológica, antecedentes perinatales, situación socio-familiar y entorno de crianza, enfermedades que haya padecido el niño...
- Escalas guía. Los pediatras disponen de escalas, como la de Denver, o de Haizea, que servirán de guía para detectar posibles desviaciones, patrones que se salgan de lo habitual. Pero no hemos de olvidar que no son herramientas diagnósticas, sino de cribado. Servirán para ponernos sobre alerta.
- Tanto si existen factores de riesgo como si se detectan pequeñas desviaciones, la vigilancia será más estricta.
- La perspectiva de la familia: escuchar a los padres y atender a sus preocupaciones es importante. La consulta del pediatra es a menudo breve, una mínima muestra en el tiempo de lo que el niño es. Por lo que una preocupación manifiesta debe considerarse también un signo de alarma.

### Los signos de alerta en el desarrollo psicomotor

Son la expresión clínica de una desviación del patrón típico del desarrollo, y como decíamos previamente, no suponen necesariamente una patología neurológica, pero sí nos obligan a un seguimiento riguroso y si el signo persiste, iniciar una intervención terapéutica.

Los signos de alerta podría manifestarse de diversas formas:

- **Retraso significativo** en las adquisiciones de los hitos del desarrollo.
- **Persistencia** de patrones de conducta que serían propios de una edad menor (p. ej., llevarse continuamente objetos a la boca).

TABLA I. ALGUNAS VARIANTES DE LA NORMALIDAD EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR.

- 
- Desplazarse sentado
  - No gatear antes de andar
  - Gateo con rodilla y pie contralateral
  - Pinza pulgar-dedo medio
  - Apoyo de puntillas al inicio del desarrollo la marcha
  - Tartamudez evolutiva de los 2 a los 5 años
  - Dislalias hasta los 5-6 años
- 

- Estancamiento o **pérdida** de habilidades previamente adquiridas (p. ej., pérdida de lenguaje o de praxias manuales).
- Presencia de **signos anormales** (p. ej., movimientos anómalos).
- Alteraciones de la **conducta** (p. ej., excesiva irritabilidad).
- Anomalías **morfológicas**.

### El retraso psicomotor

Hablaremos de retraso psicomotor cuando los hitos esperables a una determinada edad se alcanzan tardíamente o son cualitativamente diferentes. Hay que destacar que el término es un diagnóstico provisional, dado que, como decíamos anteriormente, es un síntoma. El término no es equiparable a una discapacidad intelectual, y hay familias que pueden temer esta equivalencia, si bien es cierto que la mayor parte de los niños con discapacidad intelectual han tenido un retraso en el desarrollo, en alguna de las esferas.

Podemos distinguir:

- Retraso en un **solo área**: motor, lenguaje, social...
- **Retraso psicomotor global**: retraso que se presenta en niños menores de 5 años y que afecta a dos o más áreas de desarrollo: motora (fina o gruesa), habla y lenguaje, cognitiva, personal/social y actividades de la vida diaria.

Ante la presencia de un retraso psicomotor, el pediatra suele plantearse varias cuestiones: **¿Existe realmente un motivo de preocupación? ¿Cuándo debo solicitar alguna prueba complementaria? ¿Es necesaria una valoración por un especialista? ¿Cuándo debo iniciar una intervención?**

Vamos a intentar dar respuesta a estas preguntas a través de algunos escenarios.

#### 1. El niño que tiene un desarrollo motor lento

En muchas ocasiones podemos ver niños que, con un desarrollo normal en el resto de las esferas, tienen un alcance tardío de las habilidades motrices. Si esta disociación en el desarrollo ocurre **en contexto de una exploración neurológica**

**normal**, o mínimamente alterada, por ejemplo, por leves alteraciones en el tono muscular, podemos dar algo de **tiempo**, antes de hacer exploraciones complementarias. Aun así, ese tiempo de observación, debe ir acompañado de un seguimiento e intervención por parte de el centro de atención temprana.

*La atención temprana:* es el 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 **riesgo** de padecerlos.

La sospecha de una alteración en el desarrollo es ya motivo para derivar a un paciente a Atención Temprana.

En la mayoría de las ocasiones la evolución será favorable, y no serán precisas más intervenciones. Pero si la evolución es tórpida, o aparece algún síntoma nuevo de alarma, deberá ser evaluado por un especialista. Mientras tanto, no será excesivo realizar una analítica de despistaje de patologías que puedan cursar con un retraso en el desarrollo motor: perfil tiroideo y del hierro, marcadores de enfermedad celiaca, sin olvidar las enzimas musculares. En algunas enfermedades neuromusculares, como la distrofia de Duchenne, un leve retraso psicomotor, fundamentalmente de la marcha, puede ser el único indicativo los primeros años de vida, y la determinación de una CK en sangre acortará el tiempo de diagnóstico.

## 2. El niño con anomalías morfológicas

Puede ocurrir que el paciente que presenta un retraso en su desarrollo psicomotor, tenga además algún rasgo físico característico. Ya sea por un fenotipo facial peculiar, anomalías osteoarticulares, o estigmas cutáneos característicos. El pediatra debe estar familiarizado con algunas de estas anomalías morfológicas que orientan a una enfermedad concreta, y en esos casos, no debe haber tiempo de espera antes de derivar al especialista. De hecho, en algunas de esas enfermedades la derivación ha de hacerse de forma urgente, puesto que pueden tener un tratamiento específico y la precocidad de su introducción podría cambiar drásticamente el pronóstico de la enfermedad. Esto será así sobre todo en determinadas enfermedades metabólicas, como las de depósito lisosomal o el hipotiroidismo congénito. En otras ocasiones, la precocidad en su abordaje especializado servirá para detectar y tratar lo antes posible problemas secundarios a la enfermedad, más graves que el propio retraso psicomotor en cuanto a pronóstico vital. Esto es el caso de enfermedades neurocutáneas, como la esclerosis tuberosa, que predispone al crecimiento de tumores cerebrales, u otras patologías que asocian afectación de otros órganos (Tabla II).

TABLA II. SIGNOS DE ALARMA MORFOLÓGICOS EN EL RETRASO PSICOMOTOR.

<b>Macroglosia, facies tosca.</b>	Hipotiroidismo congénito
<b>Ictericia prolongada</b>	Enfermedades lisosomales
<b>Episodios cíclicos de vómitos y/o letargo y/o ataxia.</b>	Enfermedades metabólicas
<b>Olores atípicos</b>	
<b>Visceromegalias</b>	Enfermedades de depósito
<b>Estigmas cutáneos</b>	Enfermedades neurocutáneas:
<b>Máculas hipocrómicas</b>	Esclerosis tuberosa, Sturge-Weber, neurofibromatosis
<b>Manchas en vino de oporto</b>	
<b>Manchas café con leche</b>	
<b>Cambios en el perímetro craneal</b>	Hidrocefalia, craneosinostosis, microcefalia progresiva
<b>Alteraciones oculares</b>	Catarata en contexto de síndromes, déficits visuales

## 3. El niño que pierde habilidades

Podemos encontrarnos ante el caso de un niño que haya tenido un desarrollo normal, o mínimamente enlentecido, que en un momento dado consulte porque ha dejado de hacer cosas que previamente ya sabía hacer. Más habitual que la pérdida de habilidades motoras, es la pérdida de lenguaje o de interacción social. No es infrecuente que algunas familias refieran en sus niños, sobre todo al inicio del lenguaje, una aparente pérdida de lenguaje (“decía mamá y papá y ahora ya no lo dice”) o carácter más apático. Si este cambio es sutil o poco llamativo (pasar de poco a muy poco), podemos buscar posibles desencadenantes (una infección, un cambio de domicilio, inicio de escolarización o cambio de rol familiar) y dar un margen de observación, con estimulación en el domicilio, y valoración de las conductas en ámbitos distintos al familiar (guardería o colegio). Sin embargo, si la pérdida de lenguaje, de interacción social, o de habilidades motrices es sustancial, progresiva o mantenida en el tiempo, no debe darse ese compás de espera y debe iniciarse cuanto antes una investigación especializada. Tampoco se debe esperar para hacer una valoración en profundidad si la pérdida de habilidades se asocia a la presencia de síntomas nuevos, como movimientos anormales o trastornos conductuales significativos. Tenemos como ejemplo las estereotipias manuales que se dan en el Síndrome de Rett junto con la pérdida del lenguaje, el comportamiento hiperkinético que podemos ver en la mucopolisacaridosis III o Síndrome de Sanfilippo, o la afectación progresiva del lenguaje, de la interacción social y deterioro conductual que tiene lugar en la encefalopatía epiléptica denominada Síndrome de Landau-Kleffner.

#### 4. El niño con exploración claramente alterada y retraso grave

El pediatra puede encontrarse en ocasiones, incluso en revisiones rutinarias del lactante, niños que ya desde las primeras revisiones tienen un gran retraso en el desarrollo, en el contexto de una exploración neurológica claramente alterada. En estos casos, la derivación al especialista debe ser inmediata, junto con la atención temprana. Es posible que tras una exploración minuciosa, y pocas exploraciones complementarias, el diagnóstico sea **fácil y rápido**, y se pueda comenzar a tratar de manera específica, y dar a la familia información detallada lo antes posible. Pero en muchas ocasiones esto no es así. A veces nos encontramos con pacientes que, aun teniendo un retraso grave y una exploración claramente anormal, el diagnóstico definitivo tarda en llegar meses o años. Porque recordemos una vez más que el retraso psicomotor es un síntoma. En esos casos, la realización de estudios complementarios ha de hacerse de forma progresiva y escalonada, en base a la sospecha clínica. Se hace muy difícil en esas circunstancias pedir a la familia paciencia. Todo ese estudio es a menudo largo, laborioso y costoso, no solo en términos económicos, sino también en términos de calidad de vida y salud emocional en el paciente y su familia. Por eso toda la investigación etiológica debe acompañarse de una adecuada intervención sobre el síntoma mediante fisioterapia, estimulación, logopedia, terapia ocupacional... Las familias no deben tener la errónea sensación de que, pese a no tener un diagnóstico etiológico, no se está tratando al niño.

#### CONCLUSIONES

La valoración y el manejo del niño con retraso psicomotor es un tema extenso y complejo, pero a veces basta con que el pediatra general tenga claros ciertos puntos, que procuraremos sintetizar a continuación.

- Ante un retraso leve, con una exploración normal, puede darse un **tiempo** de observación, pero procurando un adecuada **intervención**.
- Ante la duda, o ante cualquier sospecha de alteración en el desarrollo, se debe iniciar un protocolo de **atención temprana**.
- Si la evolución es algo tórpida, el pediatra puede valorar iniciar alguna investigación, como pedir una **analítica** con marcadores de **patología sistémica sin olvidar las enzimas musculares**.
- Las causas de retraso psicomotor **que tienen un tratamiento** que cambie radicalmente su curso son pocas, y hemos de detectarlas.
- Si se produce una **pérdida** significativa de habilidades previamente adquiridas, la valoración especializada ha de ser precoz.
- El retraso psicomotor es un **síntoma**, y conocer la causa de ello es en ocasiones difícil y laborioso.
- Y para esto, como para todo, el pediatra debe conocer como es un niño **normal**, para poder detectar lo **anormal**.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Fernández-Álvarez E. Desarrollo psicomotor. En: Fejerman N, Fernández-Álvarez E, eds. Neurología pediátrica. 3ª ed. Buenos Aires: Panamericana. 2007. p. 24-33.
- Fenichel GM. Neurología pediátrica clínica un enfoque por signos y síntomas. 6ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2010.
- Fernández-Mayoralas M, Fernández-Jaén A, Fernández Perrone AL, Calleja-Pérez B, Muñoz-Jareño N. Detección y manejo del retraso psicomotor en la infancia. *Pediatr Integral*. 2015; XIX (8): 532-9.
- Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. Nelson. Tratado de Pediatría. 18ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.