



GMD Facultad Cs. Médicas
Biblioteca

TFEM 2801

FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Trabajo final de la Carrera de Posgrado de especialización en Pediatría

Unidad académica Hospital de niños Víctor J. Vilela

Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario

Características clínicas y sociodemográficas de niños con diagnóstico de trastorno del desarrollo del lenguaje que acudieron al consultorio de neurología infantil del Hospital de Niños Víctor J. Vilela durante el período de 2022 a 2024.

Autor: Camila Ardizzi

Tutor: María Gala González

Colaborador: Juan Pablo Ruffino

Rosario, 2025

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1	ÍNDICE DE CONTENIDOS	1
2	RESUMEN / ABSTRACT	2
3	ABREVIATURAS	3
4	INTRODUCCIÓN	4
5	JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO	6
6	MARCO TEÓRICO	7
7	OBJETIVOS	19
8	MATERIALES Y MÉTODOS	20
9	RESULTADOS	22
10	DISCUSIÓN	27
11	CONCLUSIONES	30
12	PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES	31
13	AGRADECIMIENTOS	32
14	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

RESUMEN

Introducción: El trastorno del desarrollo del lenguaje constituye uno de los problemas del desarrollo más frecuentes en la práctica clínica diaria. Se caracteriza por dificultades en la adquisición, comprensión, producción y uso del lenguaje en niños sin otras patologías que lo expliquen. Estas dificultades afectan el aprendizaje, la comunicación y las relaciones sociales. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo que tuvo como objetivo la descripción clínica, epidemiológica y de frecuencia de los factores de riesgo asociados a trastornos del lenguaje de los pacientes que acudieron al consultorio de neurología infantil del Hospital de Niños Victor J Vilela en el período comprendido entre enero de 2022 y diciembre de 2024 inclusive. **Resultados:** Se estudiaron 219 pacientes de entre 20 y 71 meses inclusive. La media y mediana de edad de presentación fue de 46 meses. Presentó predominancia de sexo masculino (71,5%) con una relación varón/mujer de 2,5:1. De la totalidad de los pacientes solo el 39% presentó algún factor de riesgo, y de éstos, el 57% presentó sólo uno, el 21% dos y el 22% tres factores de riesgo. Los más frecuentes fueron los factores de riesgo biológicos (79%). En cuanto a antecedentes perinatólogicos el 15% fueron prematuros, 5% bajo peso para edad gestacional, 4% gemelares y 21% requirieron ingreso a UCIN. Sólo el 9% presentó antecedente familiar de trastorno del lenguaje, y el riesgo social alto se detectó en un 7%. En cuanto al tratamiento, el 56% accede a fonoaudiología. **Conclusiones:** El trastorno del desarrollo del lenguaje es frecuente en la edad preescolar y requiere detección temprana. La identificación de factores de riesgo y el acceso oportuno a tratamiento fonoaudiológico son clave para minimizar su impacto en el desarrollo cognitivo, escolar y social de los niños.

Palabras clave: pediatría, trastorno del lenguaje, desarrollo infantil

ABSTRACT

Introduction: Language disorder is one of the most common developmental problems in daily clinical practice. It is characterized by difficulties in the acquisition, comprehension, production, and use of language in children without other underlying conditions to explain them. These difficulties affect learning, communication, and social relationships. **Methods:** This is a descriptive, observational, and retrospective study aimed at describing the clinical, epidemiological, and risk factor profile of language disorders in patients who attended Hospital de Niños Victor J. Vilela between January 2022 and December 2024. **Results:** A total of 219 patients aged 20 to 71 months were included. The mean and median age at presentation was 46 months. Males predominated (71.5%) with a male-to-female ratio of 2.5:1. Only 39% of patients had at least one risk factor; of these, 57% had one factor, 21% two, and 22% three. Biological risk factors were the most frequent (79%). Regarding perinatal history, 15% were preterm, 5% had low birth weight for gestational age, 4% were twins, and 21% required NICU admission. Only 9% had a family history of language disorder, and high social risk was detected in 7%. Regarding treatment, 56% of patients had access to speech therapy. **Conclusions:** Developmental language disorder is common in preschool children and requires early detection. Identification of risk factors and timely access to speech therapy are key to minimizing its impact on children's cognitive, educational, and social development.

Keywords: pediatrics, language disorder, child development

ABREVIATURAS

TDL: Trastorno del desarrollo del lenguaje

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades 10° revisión

MS: mutismo selectivo

SLK: Síndrome de Landau-Kleffner

PEAT: potenciales evocados auditivos de tronco

TEA: trastorno del espectro autista

TDAH: trastorno por déficit de atención con hiperactividad

MCHAT: Modified checklist for autism in toddlers

M-CHAT -R/F: Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow-Up

QCHAT: Quantitative Checklist for Autism in Toddlers

UCIN: Unidad de cuidados intensivos neonatales

CUD: Certificado único de discapacidad

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del desarrollo, denominados “nueva morbilidad”, representan uno de los principales desafíos de la pediatría actual, especialmente en la atención primaria, donde la identificación temprana es clave para optimizar el pronóstico. (1)

Entre ellos, el **trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL)** se define como la dificultad en la adquisición y el curso del desarrollo del lenguaje en un niño que no presenta déficits neurológicos, sensoriales, intelectuales o emocionales demostrados (2). Se caracterizan por un déficit en la comprensión, en la producción y en el uso del lenguaje. Configuran un grupo de patologías muy diversas en relación con su origen y evolución y, por tanto, con diferentes tratamientos y pronóstico. (3) (4)

El lenguaje funciona como organizador de percepciones, experiencias y conocimientos, permitiendo comprender e interpretar a otros, y también interactuar en la comunidad. Es lo que le permite al niño comunicarse con otros acerca de sus emociones, afectos, deseos, necesidades, ideas, juicios, creencias, conocimientos, puntos de vista y concepción simbólica del mundo. La ausencia, el retraso en el inicio y/o progresión del desarrollo lingüístico pueden tener diversos grados de severidad con las consecuentes repercusiones. (5)

El TDL engloba problemáticas que interfieren en la comunicación verbal por un desarrollo ineficiente de alguno de los mecanismos implicados en el lenguaje, con repercusión no solo en el intercambio de información, sino también en el aprendizaje, el razonamiento, la interacción social, las emociones y la calidad de vida. (6)

En esta patología se encuentran involucrados dos niveles no necesariamente independientes: por un lado, la conciencia fonológica (capacidad para discriminar fonemas) y, por otro lado, la motricidad del aparato bucofonatorio (lengua, mejillas y labios) en coordinación con la respiración. El trastorno del habla no debe confundirse con problemas motores de causa neuromuscular —como la disartria en la parálisis cerebral— ni con dificultades de pronunciación derivadas de una alteración auditiva. (6)

El término “**retraso del desarrollo del lenguaje**” se emplea para identificar a niños y niñas de 18-36 meses de edad que no alcanzan las pautas mínimas de vocabulario expresivo esperables para su edad y sexo. Se emplean como sinónimos “*retraso en la adquisición del lenguaje*” y “*retraso simple del lenguaje*”, y en la literatura también se encuentra la expresión coloquial “*hablantes tardíos*”. (7)

Las dificultades persistentes en el lenguaje después de los cinco años y medio se asocian con mayor incidencia de problemas en la lectoescritura, la atención y la socialización. Cuando estas persisten entre los 7,5 y 13 años, el riesgo de presentar problemas en las habilidades de escritura, ortografía y puntuación es mayor que en niños sin dificultades del habla o lenguaje. (6) En la vida adulta, estos trastornos se vinculan con menor nivel educativo, mayor desempleo y vínculos interpersonales más superficiales. (8)

Si bien es fundamental atender a las inquietudes de los padres y vigilar el cumplimiento de los hitos del desarrollo, no existe evidencia suficiente para recomendar o desaconsejar el uso rutinario de instrumentos de cribado formales en atención primaria. Ante la sospecha, es esencial una evaluación integral, ya que el retraso del lenguaje puede ser manifestación inicial de otros trastornos. (9)

Es importante contribuir a la visibilización de esta problemática por su prevalencia y además brindar herramientas al pediatra para aumentar el índice de sospecha ante niños que presenten factores de riesgo y así brindar un tratamiento interdisciplinario oportuno. Está demostrado que cuanto más temprano se identifique y se implemente la terapéutica adecuada, mejor será el pronóstico, y menores las probabilidades de la persistencia en el tiempo. (2) (8)

JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Antes de realizar mi rotación por el servicio de Neurología infantil suponía que los motivos de consulta más frecuentes serían parálisis cerebral, cefalea, epilepsia, déficit intelectual y enfermedades neuromusculares. Sin embargo, los trastornos del desarrollo resultaron ser los motivos de consulta predominantes en el consultorio. Me encontré con una gran cantidad de niños con dificultades en el lenguaje y con que muchos de ellos no lograban acceder a la terapéutica principal: la fonoaudiología.

El trastorno del lenguaje constituye una condición prevalente, que se presenta en aproximadamente el 3-10% de los menores de 5 años.(5) Su tratamiento es relativamente sencillo y, en general, no reviste gravedad. No obstante, cuando se deja a su libre evolución pueden aparecer complicaciones asociadas tales como trastornos del aprendizaje y las habilidades escolares y trastornos de la conducta.

Mi objetivo es caracterizar a la población atendida en nuestro hospital para intentar brindar información útil a los pediatras que realizan consultorio en el primer nivel de atención, reconocer la importancia de los factores de riesgo predisponentes y favorecer así una sospecha y pesquisa precoz.

El abordaje interdisciplinario, en conjunto con los servicios de neurología, fonoaudiología, psicopedagogía y psicología, según necesidad de cada paciente, permite que los trastornos del lenguaje tengan un pronóstico altamente favorable.

MARCO TEÓRICO

La construcción del lenguaje constituye un proceso esencial para el desarrollo del niño. Para comprender sus alteraciones en la infancia, resulta fundamental diferenciar ciertos conceptos estrechamente relacionados pero no equivalentes:

El **habla** es la producción expresiva de sonidos e incluye la articulación, la fluidez, la voz y la calidad de resonancia de un individuo, requiriendo el adecuado funcionamiento de los órganos bucofonatorios y de los circuitos cerebrales implicados. (10) (11)

El **lenguaje** incluye la forma, la función y el uso cotidiano de símbolos con la intención de comunicarse, tanto de forma verbal como no verbal. (12) (11)

De forma más global, la **comunicación** hace referencia a cualquier conducta verbal o no verbal, intencional o no, que influya en el comportamiento, las ideas o las actitudes de otro individuo. (12) (11)

DESARROLLO DEL LENGUAJE

El lenguaje en el niño es uno de los hitos del desarrollo con mayor variabilidad interindividual. Su adquisición comienza desde el nacimiento y se consolida alrededor de los 6–7 años. En condiciones normales, el lenguaje expresivo se desarrolla de manera paralela al comprensivo. (13)

Para su conformación y desarrollo intervienen diversos factores:

- **Biológicos o instrumentales:** madurez neurosensorial y motricidad bucofacial.
- **Cognitivos:** conocimiento de los componentes formales y funcionales del lenguaje.
- **Culturales y socio-afectivos:** el niño aprende a reproducir sonidos y palabras si los percibe con claridad y frecuencia, y si los asocia con experiencias significativas y agradables para él. (13)

La maduración cerebral desde el nacimiento hasta aproximadamente los 5 años constituye una ventana óptima para la adquisición del lenguaje, siendo el período de mayor aceleración del desarrollo alrededor de los 16 a 18 meses. (14)

Como en todas las áreas del desarrollo, el lenguaje sigue una secuencia típica: los niños adquieren progresivamente habilidades comunicativas siguiendo un patrón común. Aunque los tiempos pueden variar entre individuos, suelen mantenerse dentro de un rango previsible. Muchas veces la trayectoria es normal, pero la adquisición se logra a edades más tardías y, en ese caso, estamos frente a lo que llamamos '**hablantes de inicio tardío**'. Por ejemplo, un niño de 2 años que dice unas pocas palabras aisladas y aún no puede juntarlas en una frase de dos palabras. El 44% evoluciona a los 3 años a tener un trastorno específico del lenguaje y se beneficia de un tratamiento temprano. (5)

En otros casos, la trayectoria del lenguaje se altera y se pierden habilidades previamente adquiridas, lo que constituye una regresión. Este signo suele indicar la presencia de un problema mayor y requiere una evaluación inmediata. (5)

También pueden observarse patrones de adquisición atípicos, que igualmente representan señales de alerta. Un ejemplo es el niño que puede recitar una secuencia numérica avanzada o el abecedario completo, pero aún no utiliza palabras para expresar sus necesidades. (5)

ETAPAS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE:

En la mayoría de los casos, el desarrollo del lenguaje sigue un curso evolutivo predecible, que refleja tanto la maduración neurológica como la interacción del niño con su entorno. En este proceso se distinguen dos etapas fundamentales: una **prelingüística** y una **lingüística**. En la primera, el niño aún no utiliza palabras con significado, pero desarrolla las bases de la comunicación y del lenguaje. En la segunda, el niño produce sus primeras palabras con intención comunicativa y a partir de allí presenta un crecimiento progresivo del vocabulario, combinando palabras y construyendo frases cada vez más complejas. (15)

Durante estas etapas se identifican distintos hitos:

- **0 a 2 meses:** producción de vocalizaciones reflejas o casi reflejas, como llanto, bostezos, arrullos y suspiros.
- **1 a 4 meses:** emisión de sílabas primitivas o arcaicas, constituidas por sonidos casi vocálicos y consonánticos articulados en la parte posterior de la garganta. Hacia el tercer mes, el bebé comienza a imitar las melodías y sonidos emitidos por el adulto, incorporándose a su repertorio.
- **3 a 8 meses:** balbuceo rudimentario, con sonidos plenamente resonantes que se convierten en los más frecuentes.
- **5 a 10 meses:** producción de sílabas bien formadas de tipo consonante-vocal. Inicialmente se repiten cadenas idénticas (*mamamama*, *papapapa*) y luego se diversifican.
- **9 a 18 meses:** balbuceo mixto, en el que se incluyen palabras aisladas. Entre los 12 y 15 meses estas adquieren valor representativo y se convierten en verdaderas palabras.
- **10 a 13 meses:** incorporación de nuevo vocabulario a razón de una palabra por vez, generalmente sustantivos que designan personas, objetos y elementos cotidianos de su entorno (familia, animales, alimentos, bebidas, juguetes).
- **2 a 3 años:** combinación de dos o más palabras, con posiciones fijas y posibles errores gramaticales propios del desarrollo (*ha ponido* en lugar de *ha puesto*).
- **3 a 6 años:** dominio de la estructura fundamental de la lengua materna, con un habla inteligible y escasos errores sintácticos o morfológicos. El refinamiento del lenguaje continúa a lo largo de la vida. (15)

Aspectos formales del lenguaje

El **nivel fonológico** es el primer nivel de organización del lenguaje y se adquiere, de manera progresiva, entre los 2 y 4 años. Hasta aproximadamente los 5 años, es habitual presentar dificultades con sílabas complejas (*pla*, *fri*, *gru*). La pronunciación de los fonemas vibrantes /r/ y /rr/ puede retrasarse fisiológicamente hasta los 6 años. (4)

El proceso de decodificación del habla tiene lugar, en el 86% de la población, en el área de Wernicke. La expresión se procesa principalmente en el hemisferio izquierdo (en diestros y en un porcentaje de

zurdos), con la participación de los ganglios basales y el cerebelo. El análisis fonológico implica ambos hemisferios: el izquierdo para fonemas y palabras, y el derecho para entonación y acento. (4)

Las alteraciones fonológicas pueden presentarse de diversas formas. En el retraso simple del lenguaje son frecuentes las reducciones y simplificaciones, como omisiones (“ápi” por *lápiz*), sustituciones (“tóte” por *coche*) o asimilaciones (“nane” por *grande*). (4)

El **léxico** implica la comprensión del lenguaje (identificación) y la selección del vocabulario para poder transmitir lo que quiere decir con un significado preciso (denominación). El vocabulario comienza a expandirse hacia los 10–13 meses y se adquiere más fácilmente con fonemas familiares, gracias a la conciencia fonológica (capacidad de reconocer las unidades del habla). El reconocimiento léxico y las relaciones sintácticas dependen de áreas corticales, como por ejemplo el área prefrontal, temporal y parietal izquierdas (en diestros). (4)

Los niños con alteraciones en el procesamiento léxico pueden presentar dificultades para comprender y expresar conceptos espaciales o temporales, recordar nombres de objetos o agruparlos en categorías. La limitación del vocabulario repercute en la comprensión y la fluidez del discurso, que se torna titubeante y con repeticiones frecuentes. (4)

La **programación morfosintáctica** ocurre en la región anterior del área de Broca e incluye la organización de las clases de palabras (sustantivos, verbos, etc.), las relaciones entre ellas (conjunciones, preposiciones), la prosodia (ritmo y entonación) y la estructura de una oración y sus composiciones. (4)

Aspectos funcionales del lenguaje

La **semántica** se refiere al significado o representación de los mensajes producidos. Esta función depende principalmente de las regiones t́emporo-parietales. Los niños con alteraciones semánticas pueden presentar perseveración verbal cuando no logran percibir o transmitir con claridad una idea. Su discurso tiende a ser redundante, con pausas frecuentes y escasa coherencia, caracterizado por el uso limitado de adjetivos, adverbios, conjunciones y preposiciones. (4)

La **pragmática** comprende la organización del discurso en una conversación, el uso del tipo de lenguaje apropiado según el contexto y la adaptación al interlocutor. También implica la capacidad de interpretar la intención comunicativa y las claves contextuales. Esta función se relaciona con la región perisilviana del lóbulo temporal derecho. En los niños con alteraciones pragmáticas no suelen observarse problemas fonológicos o léxicos significativos, pero las frases son pobres, estereotipadas, poco coherentes e inapropiadas para el contexto. Predomina un significado literal, con dificultad para comprender ironías o sutilezas prosódicas. (4)

El **retraso del desarrollo del lenguaje** no cuenta con una definición única en la literatura científica. De manera general, se utiliza para identificar a niños y niñas de 18 a 36 meses que no alcanzan las pautas mínimas de vocabulario expresivo esperables según su edad y género.(7)

Según el *DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*, el **trastorno del lenguaje (F80.2)** debe cumplir las siguientes características:

A. Dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje en todas sus modalidades (hablado, escrito, lenguaje de signos u otro), debido a deficiencias en la comprensión o producción, que incluyen:

1. **Vocabulario reducido:** conocimiento y uso limitado de palabras.
2. **Estructura gramatical limitada:** dificultad para combinar palabras y sus terminaciones de acuerdo con las reglas gramaticales y morfológicas para formar frases.
3. **Deterioro del discurso:** dificultad para usar el vocabulario y conectar frases de manera coherente para explicar, describir sucesos o participar en conversaciones.

B. Las capacidades lingüísticas se encuentran notablemente por debajo de lo esperado para la edad, produciendo limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, los logros académicos o el desempeño laboral.

C. El inicio de los síntomas ocurre en las primeras fases del desarrollo.

D. Las dificultades no se explican por deterioro auditivo u otras condiciones sensoriales, disfunción motora, enfermedad médica o neurológica, discapacidad intelectual o retraso global del desarrollo.

(11) (16)

El proceso de adquisición del lenguaje es universal e implica la percepción, la atención, la memoria y el pensamiento. Los niños lo adquieren de manera implícita gracias a una *capacidad innata* que les permite descubrir e incorporar los registros de la lengua hablada en su entorno inmediato de forma natural y casi sin esfuerzo. (10)

Para que el lenguaje oral se desarrolle correctamente, se requieren estructuras neurológicas en el hemisferio izquierdo, capacidades cognitivas de simbolización, estimulación afectiva y social, competencia para interactuar y la capacidad de recibir y reproducir sonidos. (10)

PREVALENCIA:

El **trastorno del lenguaje** es uno de los trastornos del desarrollo más frecuentes, con una prevalencia estimada entre el 1% y el 19%, dependiendo de la definición utilizada. (17)

La prevalencia exacta es difícil de determinar por la falta de datos actualizados, especialmente en países de habla hispana, como Argentina. Algunos estudios internacionales estiman que afecta entre el 3% y el 10% de los niños menores de 5 años, mientras que en otros las cifras ascienden hasta el 10–15%. Existe una mayor afectación en varones, con una proporción aproximada de 3:1 respecto a las niñas. (2) (5) (7) (12)

De la totalidad de los pacientes con trastorno del lenguaje, dos terceras partes corresponden a **retraso simple del lenguaje**, que generalmente remiten de forma espontánea o tras mínima terapia fonoaudiológica durante la etapa preescolar. A partir de la etapa escolar, queda aproximadamente un

4% de niños con patología del lenguaje de diversa naturaleza incluyendo causas primarias o secundarias. (6)

ETIOLOGÍA

Las alteraciones del habla y del lenguaje pueden ser idiopáticos o primarios (de origen desconocido en la actualidad) o secundarios a diferentes patologías.(12)

Los **trastornos del lenguaje primarios** comprenden aquellos en los que no existe otra condición médica que explique la dificultad. Dentro de ellos se incluyen:

- Retraso en el desarrollo del habla y del lenguaje
- Trastorno del lenguaje expresivo
- Trastorno del lenguaje receptivo (9)

Los **trastornos del lenguaje secundarios** se deben a otra afección subyacente. Entre las causas más frecuentes se encuentran:

- Pérdida auditiva
- Discapacidad intelectual
- Trastorno del espectro autista
- Trastornos fonoarticulatorios (Parálisis cerebral, síndrome de Down, fisura labio-alveolopalatina, encefalopatías)
- Mutismo selectivo. (9)

FACTORES DE RIESGO

Los **factores de riesgo** son variables cuya presencia en un individuo incrementa la probabilidad de desarrollar un problema específico; en cambio, su reducción o eliminación disminuye dicha probabilidad. Por otro lado, los factores de protección actúan como moderadores de los efectos negativos de los factores de riesgo. Estos factores protectores pueden ser de naturaleza personal —relacionados con las características individuales— o sociales, vinculados al contexto y a los recursos disponibles en el entorno. (18)

Un estudio reciente de Eadie et al. (2022) destacó que el riesgo de un desarrollo lingüístico deficiente se incrementa cuando coexisten múltiples factores de riesgo biológicos y ambientales. Es decir, la **acumulación e interacción de estos factores** potencia la probabilidad de dificultades en el desarrollo del lenguaje. (14) (19)

Los factores de riesgo, en ausencia de otras patologías neurológicas o trastornos del desarrollo, muestran una correlación de componentes **genéticos, anatómicos, fisiológicos y ambientales**. Entre ellos, la **base genética** resulta la más compleja y característica, ya que puede afectar a varios miembros de una misma familia en distintos grados. (10)

Como señalan diversos estudios, el retraso del lenguaje resulta de la interacción de múltiples factores, tanto intrínsecos al niño como vinculados a su entorno. Entre los **factores biológicos** más relevantes se destacan el sexo masculino, la prematuridad y los antecedentes familiares de dificultades en el lenguaje, los cuales se reconocen como factores de riesgo significativos. (3) (14) (17) (19)

El impacto de los **factores genéticos** y del entorno familiar en el neurodesarrollo infantil ha sido documentado en numerosos estudios interdisciplinarios. Se estima que hasta un 63% de los padres de niños con trastornos del desarrollo del lenguaje presentan antecedentes del mismo trastorno, frente a un 17% en padres de niños no afectados. Los estudios con gemelos han aportado evidencia adicional: aplicando criterios estrictos para definir trastorno del lenguaje en una muestra de 90 pares de gemelos del mismo sexo, se halló una concordancia del 70% en gemelos monocigóticos y del 46% en gemelos dicigóticos. (20)

Cabe destacar que la **edad gestacional al nacer** constituye un factor determinante en el desarrollo infantil, permitiendo clasificar la prematuridad en moderada (32–36 semanas), severa (28–31 semanas) o extrema (<28 semanas). Del mismo modo, el **peso al nacer** se categoriza como bajo (<2500 g), muy bajo (<1500 g) o moderadamente bajo (1500–2499 g). Estas variables definen las condiciones biológicas iniciales del niño y, en combinación con factores perinatales y ambientales, pueden ejercer una influencia significativa en su trayectoria de desarrollo. (21)

El **parto prematuro** se asocia con un mayor riesgo de alteraciones en el desarrollo neurológico, entre ellas las dificultades en el desarrollo del lenguaje tanto en la primera infancia como en la etapa preescolar. Durante el tercer trimestre de gestación existe una rápida proliferación neuronal y la formación de conexiones sinápticas, lo cual explica que se trate de un momento crítico para la maduración cerebral. La evidencia muestra que, a menor duración de la gestación, mayor es el riesgo de dificultades lingüísticas y de retrasos en el lenguaje.

Si bien en algunos casos se observa que los niños prematuros logran, con el tiempo, una cierta equiparación en el desarrollo del lenguaje (*catch up*), los retrasos graves —particularmente en los nacidos con menor edad gestacional— se asocia con una mayor probabilidad de persistencia durante la edad preescolar. Esta persistencia, a su vez, se vincula con dificultades académicas, así como con problemas socioemocionales y de conducta. (21) (22)

En 2007, Zubrick et al. demostraron que los **varones** presentan casi tres veces más riesgo de retraso en el lenguaje que las niñas. (3)

Se debe tener en cuenta que diversas **complicaciones neonatales** pueden ser consideradas indicadores de riesgo. Entre estos se incluyen: la **estancia en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) ≥48 horas**, el **peso al nacer <1500 g** o la condición de **pequeño para la edad gestacional (PEG)**. También se consideran en esta categoría los lactantes **grandes para la edad gestacional (GEG)**, así como aquellos con peso adecuado que presentan **hiperbilirrubinemia**, **infecciones que requieren fármacos ototóxicos** o la necesidad de **ventilación mecánica prolongada**. (21)

En otros estudios se determinó que la **asfixia al nacer**, las **convulsiones** y la **deformidad física orofaríngea** eran factores de riesgo estadísticamente significativos. (17)

En una serie de estudios poblacionales realizados en Australia Occidental con **gemelos**, se observó un retraso en la adquisición temprana del lenguaje en comparación con los niños nacidos únicos. La prevalencia de aparición tardía del lenguaje fue significativamente mayor en los gemelos y más pronunciada en varones, quienes presentan puntuaciones lingüísticas más bajas que las mujeres gemelas y son más propensos a experimentar un inicio tardío del lenguaje. (3)

Mehta B et al. han descrito el impacto de la **epilepsia** en el desarrollo del lenguaje. La **agresión hipóxica cerebral** que puede ocurrir durante una convulsión tiene el potencial de afectar diversas áreas del desarrollo neurológico, manifestándose en algunos casos como retraso en el habla y en el lenguaje. (17)

El retraso en el lenguaje y las capacidades cognitivas se ha correlacionado con el **nivel socioeconómico**, dado que los niños provenientes de familias desfavorecidas pueden no alcanzar su máximo potencial. (14) Diversos autores han reportado una asociación significativa entre la **privación socioeconómica** y el retraso en el desarrollo del lenguaje. Esta relación se explica por múltiples factores interrelacionados: por ejemplo, el **nivel educativo materno/paterno** —y, en consecuencia, el vocabulario disponible en el hogar— suele ser mayor en los grupos socioeconómicos altos, las **tasas de depresión materna**, el **desempleo** y el **consumo de drogas o alcohol** son más frecuentes en los grupos más desfavorecidos. (19) (23)

Dentro de los factores relacionados con el **entorno verbal**, se ha observado que los niños provenientes de familias con un alto nivel educativo y un estilo de comunicación muy verbal están expuestos a un **mayor número de palabras semanales**. (24) Asimismo, existe una asociación bien establecida entre la desventaja social y las habilidades lingüísticas, aunque no siempre es posible **diferenciar claramente las causas** de esta relación. (2)

Berglund et al. reportaron que los niños que asistían a **guarderías** presentaban **mayores habilidades lingüísticas** en comparación con aquellos que no asistían. En otro análisis, la asistencia a guarderías se asoció con una menor tasa de retraso en el lenguaje, aunque esta relación dejó de ser significativa cuando se ajustaban otras variables como el nivel socioeconómico. (23)

CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Más allá de la definición de trastorno del desarrollo del lenguaje, destacada previamente por su importancia en este estudio, cabe mencionar que el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V reconoce otras entidades clínicas relacionadas, cada una de las cuales puede presentar manifestaciones heterogéneas, distintos enfoques terapéuticos y pronóstico:

Trastorno de los sonidos del habla o fonológico (F80.0): dificultad persistente en la producción fonológica que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la comunicación verbal de mensajes. Dentro de los trastornos fonológicos, resulta fundamental diferenciar entre las **dislalias** —incapacidad para producir un sonido que debería estar adquirido para la edad— y los **errores fonológicos**,

entendidos como el mantenimiento de procesos de simplificación del habla más allá del periodo evolutivo esperado. En ambos casos debe valorarse tanto el grado de inteligibilidad del habla para interlocutores desconocidos y su adecuación con el desarrollo. (12) (16)

Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo) (F98.5): se define como alteraciones persistentes en la fluidez y organización temporal del habla, inadecuadas para la edad del niño, que incluyen repetición de sonidos o palabras, prolongaciones, bloqueos y producción con tensión. Suele iniciarse alrededor de los 2,5 años, coincidiendo con la mayor expansión lingüística. Es fundamental diferenciar las **disfluencias evolutivas**, normales en el desarrollo, de las **características de la tartamudez infantil**, ya que su abordaje y pronóstico difieren. (12) (16)

Trastorno de la comunicación social (F80.8): se define como dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal, habiendo descartado criterios para trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, retraso global del desarrollo u otra afección médica o neurológica. Se caracteriza por alteraciones en:

- La utilización de la comunicación con fines sociales (saludos, intercambio de información) de forma adecuada al contexto.
- La interpretación de claves contextuales y sociales, incluyendo experiencias previas y conocimiento del entorno.
- La adaptación de la comunicación al contexto y la comprensión de las intenciones del interlocutor y convenciones sociales.
- Las habilidades pragmático-conversacionales, como mantener diálogos coherentes, seguir reglas conversacionales y producir contenidos adecuados al interlocutor.
- La comprensión de lenguaje implícito o ambiguo, incluyendo bromas, modismos y metáforas, así como la integración de comunicación verbal y no verbal. (12) (16)

Patología del lenguaje en “el niño que deja de hablar”: se caracteriza por la detención del habla tras un desarrollo inicial normal del lenguaje, produciéndose una pérdida o retraso en su progresión. Puede ser de presentación aguda o subaguda, con una causa probablemente estructural, estable o progresiva en el contexto de una enfermedad degenerativa o asociada a trastornos neuropsicológicos. Algunas causas pueden ser: traumatismo de cráneo, un tumor, infecciones o un evento isquémico. El pronóstico depende del abordaje temprano y la edad del niño ya que depende del nivel de neuroplasticidad. (12)

El **mutismo selectivo (MS)** merece una mención aparte. Está clasificado como un trastorno de ansiedad en el DSM-5 y se caracteriza por la incapacidad persistente de hablar en situaciones sociales específicas con “expectativa de hablar” (por ejemplo, la escuela), mientras que el lenguaje se mantiene normal en otros contextos (como en el hogar). Esta condición no se atribuye a alteraciones del desarrollo del lenguaje ni a déficit de habilidades lingüísticas, debe durar más de tres meses y no explicarse mejor por otros trastornos. (12)

Afasia epiléptica adquirida / Síndrome de Landau-Kleffner (SLK): encefalopatía epiléptica de instalación brusca o progresiva, en la cual el niño presenta pérdida del lenguaje adquirido. El trastorno se inicia entre los 3 y 7 años con una agnosia verbal auditiva (los niños se comportan como si fueran sordos), seguida de dificultades en el lenguaje expresivo y trastornos del comportamiento. Además, más del 90% de los pacientes presentan crisis mioclónicas o tónico-clónicas generalizadas que pueden aparecer antes o después de la afasia. El examen neurológico es normal y el electroencefalograma en sueño presenta paroxismos de ondas lentas y espigas con complejos irregulares. (2) (12)

VALORACIÓN DIAGNÓSTICA:

Anamnesis: Se debe indagar si el niño parece oír adecuadamente, si comprende y cumple órdenes, y si utiliza gestos comunicativos, así como el tipo de gestos que emplea. También resulta importante identificar las palabras y frases que emite, y si su habla es comprendida únicamente en el ámbito familiar o en todos los entornos por igual. Asimismo, se debe considerar el estilo comunicativo de los padres, las estrategias de estimulación del lenguaje empleadas en el hogar (como cuentos, canciones o juegos), el tipo de juego y con quién lo comparte. Finalmente, es fundamental registrar el tiempo de exposición a pantallas, dado que este factor emerge de manera creciente como una variable de riesgo para los trastornos del desarrollo. (13)

Es fundamental indagar, tanto con la familia como con el entorno escolar, si la alteración predominante corresponde a la expresión (pronunciación, sintaxis) o si, además, existe una dificultad en la comprensión. En edades tempranas, una baja comprensión puede llevar a interpretar erróneamente ciertas conductas sociales como rasgos compatibles con trastorno del espectro autista. (6)

La sospecha de un trastorno de la comunicación suele surgir en el ámbito escolar, en el entorno familiar o a través de los equipos de Atención Temprana. (10) Para orientar adecuadamente la evaluación diagnóstica, resulta esencial valorar tanto las habilidades expresivas como las receptivas, y descartar posibles alteraciones sensoriales, cognitivas o motoras que puedan orientar hacia un diagnóstico diferencial, como la hipoacusia o el retraso global del desarrollo/discapacidad intelectual. (12)

Antes de los cuatro años, las diferencias individuales en el desarrollo del lenguaje son amplias y el pronóstico es variable; sin embargo, a partir de esa edad tienden a estabilizarse y pueden dar lugar a dificultades persistentes a largo plazo, lo que subraya la importancia de una intervención temprana. (12)

Antecedentes familiares / Historia familiar de:

- Trastorno del lenguaje y la comunicación.
- Otros trastornos del neurodesarrollo: trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, discapacidad intelectual, retraso global del desarrollo, trastorno específico del aprendizaje.
- Hipoacusia neurosensorial.
- Riesgo sociofamiliar.

Antecedentes personales:

- Gestación: técnicas de reproducción asistida, consumo de posibles teratógenos fetales (alcohol, drogas, fármacos, etc.), infecciones, gemelaridad.
- Parto y periodo neonatal: prematuridad, bajo peso para la edad gestacional; otros factores de riesgo neurológico, sensorial (auditivo o visual) o psicosocial.
- Resultado del cribado auditivo neonatal: otoemisiones acústicas a todos los recién nacidos, junto a potenciales evocados auditivos de tronco (PEAT) al recién nacido de riesgo sensorial auditivo.
- Patología otorrinolaringológica estructural o crónica.
- Síndromes dismórficos.
- Bilingüismo. (13)

COMORBILIDADES:

El desarrollo atípico del lenguaje puede asociarse a otros trastornos del neurodesarrollo que, en un inicio, pueden manifestarse como dificultades lingüísticas. Estos se clasifican en primarios, cuando no se identifica una etiología, y secundarios, cuando se atribuyen a otra condición. (9)

Van Daal y cols. reportaron que el 40% de los niños con trastornos del lenguaje presentaban problemas de conducta graves y clínicamente significativos. (23)

Los trastornos del lenguaje se asocian con frecuencia a trastornos específicos del aprendizaje, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno del espectro autista (TEA) y al trastorno del desarrollo de la coordinación. Sin embargo, denominarlos comorbilidades es muy cuestionado, dado que no está claro si constituyen entidades distintas al trastorno del lenguaje o diferentes manifestaciones de un mismo espectro. En la mayoría de los casos en los que coexisten, el solapamiento es la norma, mientras que los cuadros “puros” representan una excepción. (6)

La coexistencia de múltiples trastornos comórbidos puede modificar la expresión clínica, los correlatos neuropsicológicos y la respuesta al tratamiento. Por ello, se requiere una valoración clínica integral que permita discriminar qué dificultades corresponden a cada entidad. (10)

EVALUACIÓN:

Si bien hay instrumentos de pesquisa validados a nivel nacional desde hace varios años, aún no se ha sistematizado su implementación durante el control de salud. La aplicación sistemática de un instrumento para la detección de trastornos del desarrollo permitiría un diagnóstico oportuno y una derivación a tiempo. (24)

El *Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil* (IODI) constituye una herramienta de vigilancia para la observación sistematizada del desarrollo durante la consulta, es de fácil aplicación y no requiere un alto grado de entrenamiento. Su objetivo es permitir el seguimiento del desarrollo en menores de 4 años y contribuir a la detección oportuna de situaciones de riesgo y signos de alarma. (24)

Por otra parte, la *Prueba Nacional de Pesquisa de Trastornos Inaparentes del Desarrollo* (PRUNAPE), se utiliza en niños menores de 6 años y evalúa varias áreas del desarrollo (personal-social, motricidad, lenguaje) y debe aplicarse por personal capacitado, permitiendo identificar niños que requieran derivación al especialista para una evaluación diagnóstica más profunda. (25)

La observación sistemática del niño en situaciones de juego e interacción con su entorno resulta fundamental. Es necesario conversar con él y formular preguntas acordes a su edad, con el fin de identificar posibles dificultades en la emisión, en la recepción o en la comprensión del lenguaje. Podemos valorar la comunicación mediante el llamado por su nombre, el contacto ocular, si realiza atención conjunta, si utiliza gestos tanto para demandar como para compartir su experiencia con el adulto. Asimismo, se recomienda la aplicación de cuestionarios como M-CHAT, M-CHAT-R/F o Q-CHAT a niños que presenten criterios de riesgo o las llamadas “banderas rojas”. (13)

La evaluación debe contemplar de manera integral los diversos componentes interactivos que influyen en la competencia oral y escrita del lenguaje, así como su relación directa con la edad, aprendizaje y el rendimiento académico, en los distintos contextos naturales en los que el niño se desenvuelve: escolar, familiar y social. En niños escolarizados, el informe de desempeño constituye una herramienta clave para precisar las necesidades específicas de cada niño, el tipo de apoyos que requiere y las líneas generales de intervención y seguimiento. Además, representa un documento de gran valor clínico, ya que facilita la identificación de signos de alerta en función de la edad. (10)

Dentro de las primeras evaluaciones realizadas por el pediatra se debe descartar la discapacidad auditiva como causa primaria de la dificultad en el lenguaje, solicitando los estudios pertinentes según la edad y características del niño (Otoemisiones agudas, potenciales auditivos de tronco). (16) (11)

En ausencia de hallazgos sugestivos de una patología subyacente, se recomienda brindar al paciente el apoyo fonoaudiológico pertinente y observar la evolución durante un periodo mínimo de seis meses. La valoración e interpretación de los datos obtenidos permitirá al pediatra determinar la necesidad de realizar estudios médicos complementarios o de derivar al niño a otros especialistas –tales como Otorrinolaringología, Neuropediatría o servicios de Salud mental–. (10) (13)

TRATAMIENTO:

El tratamiento del trastorno del lenguaje, al igual que la evaluación y el diagnóstico, debe plantearse desde una **perspectiva multidisciplinaria**, estableciendo una coordinación permanente entre los profesionales implicados y la familia. La intervención es principalmente **fonoaudiológica**, iniciada lo antes posible, ya que requiere un proceso de reeducación individualizado y específico. El objetivo primordial consiste en proporcionar herramientas que permitan una comunicación competente a pesar de las dificultades, diseñando estrategias terapéuticas ajustadas a los aspectos más comprometidos según el grado de desarrollo y el estadio evolutivo del niño. (9)

Un aspecto central es la incorporación de **estrategias cotidianas** en los entornos familiar y escolar. Enseñar a los padres **estrategias de apoyo lingüístico** resulta fundamental para mejorar la comunicación con sus hijos y generar un entorno de aprendizaje enriquecedor en el hogar. (8) (10)

La forma más efectiva de estimular el lenguaje en la infancia es **mantener una interacción constante**: hablar con el niño, narrarle lo que hacemos o vamos a hacer y responder siempre a sus intentos comunicativos. Es recomendable fomentar el contacto visual, promover interacciones verbales y no verbales en los contextos cotidianos, nombrar los objetos que el niño señala, describir las acciones que realiza sin exigir repetición, esperar pacientemente su turno en las interacciones y formular preguntas ajustadas a su nivel de desarrollo. (5)

El **tratamiento farmacológico** no está indicado de manera específica en los trastornos del lenguaje, a menos que exista un trastorno comórbido (p. ej., ansiedad o trastorno severo de la conducta). (9) (10)

PREVENCIÓN Y PRONÓSTICO:

La evidencia indica que el retraso del habla y del lenguaje, sin tratamiento, puede persistir en un 40–60% de los niños. La adopción de una política de ‘esperar y observar’ con frecuencia conduce a diagnósticos e intervenciones tardías. (17)

Tradicionalmente, educadores y responsables de políticas educativas han subestimado a los niños en edad preescolar con retraso en el lenguaje, en comparación con aquellos con dificultades en otras áreas del desarrollo. Sin embargo, la adquisición del lenguaje constituye un factor clave para el éxito en tareas integradoras complejas, y su compromiso puede afectar otros dominios, presentando mayor riesgo de desarrollar dificultades sociales, emocionales, conductuales y cognitivas en la adultez. (26)

Asimismo, en relación a los pacientes con trastornos del lenguaje de causa secundaria, tales como síndromes genéticos, discapacidad intelectual, trastornos del espectro autista, hipoxia perinatal o hipoacusia, el pronóstico dependerá de la patología de base / comorbilidad asociada y de su acceso al tratamiento. (7)

OBJETIVO GENERAL:

Caracterizar los aspectos clínicos y sociodemográficos de los pacientes con diagnóstico de trastorno del desarrollo del lenguaje que acudieron al consultorio de neurología infantil del Hospital de niños Victor J. Vilela durante el período de 2022 a 2024.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evidenciar el porcentaje de consultas que representa el trastorno del lenguaje dentro del número total de consultas en los consultorios externos de Neurología infantil del Hospital de niños Victor J. Vilela
- Describir las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes que presentan trastorno del lenguaje.
- Exponer el antecedente de factores de riesgo biológicos y sociales previamente descritos en la bibliografía como asociados a trastorno del lenguaje
- Objetivar la asociación con comorbilidades: convulsiones febriles, trastorno de conducta y epilepsia.
- Describir la frecuencia de pacientes que hayan tramitado el Certificado único de discapacidad y su acceso a tratamiento fonoaudiológico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del trabajo:

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. La fuente utilizada fueron las historias clínicas electrónicas del servicio de Neurología infantil del Hospital de niños Víctor J. Vilela de la municipalidad de Rosario, codificadas como Trastorno del lenguaje según **CIE-10**. Cabe destacar que si bien en el sistema institucional los pacientes se registran según esta codificación, se trata de una clasificación que resulta limitada y desactualizada para el abordaje de los trastornos del neurodesarrollo. Por este motivo, para la evaluación clínica y la interpretación diagnóstica se utilizaron los criterios propuestos por el **DSM-5-TR**, que reflejan de manera más actualizada y específica las categorías y definiciones clínicas vinculadas al trastorno del lenguaje.

Por tratarse de un estudio retrospectivo con fines académicos/estadísticos, y que no se utiliza en ninguna parte del mismo los datos filiatorios de los pacientes (nombre, apellido, DNI, historia clínica), sino que se utilizan códigos para mantener el anonimato, no fue necesario el empleo de consentimiento informado. Este estudio cuenta con la aprobación del Subcomité de investigación, perteneciente al Comité de docencia del Hospital de niños Víctor J. Vilela.

Criterios de inclusión:

- Niños de 18 meses a 5 años, 11 meses y 30 días que fueron atendidos en el servicio de Neurología infantil del Hospital de niños Víctor J. Vilela con diagnóstico de Trastorno del lenguaje desde Enero 2022 a Diciembre 2024 inclusive.
- El diagnóstico de trastorno del lenguaje puede estar codificado como diagnóstico principal o encontrarse como secundario asociado a otros diagnósticos.

Criterios de exclusión:

- Se excluyen de este trabajo aquellos pacientes de edad mayor o igual a 6 años o que hayan consultado por fuera del tiempo determinado.
- Destinado a descartar aquellas condiciones en las que el trastorno del desarrollo del lenguaje pudiera explicarse por una causa claramente identificable se decidió la exclusión de aquellos pacientes con discapacidad intelectual moderada, severa o profunda diagnosticada con test psicométricos, parálisis cerebral, hipoacusia demostrada, hijos de padres sordomudos y aquellos con hallazgos específicos en el examen físico —como microcefalia o síndromes genéticos— que pudieran justificar por sí mismos las dificultades en la adquisición del lenguaje. Al limitar la muestra se buscó garantizar una mayor homogeneidad diagnóstica y permitir una interpretación más precisa de los hallazgos.

Variables utilizadas:

- Sexo (Femenino / Masculino)
- Edad al momento de la primera consulta expresada en meses
- Antecedente de prematuridad: moderada (entre 32-36.6 semanas) / severa (entre 28 y 31.6 semanas) / extrema (menor a 28 semanas)
- Antecedente de bajo peso para la edad gestacional según tablas de la organización mundial de la salud (Sí / No)
- Embarazo gemelar (Sí / No)
- Apgar (Vigoroso / Deprimido)
- Antecedente de internación en neonatología y sus causas (Sospecha de sepsis congénita / Hemorragia intracraneal / Síndrome de dificultad respiratoria / Hiperbilirrubinemia con requerimiento de fototerapia)
- Antecedente familiar de primer grado con trastorno del lenguaje (Sí / No)
- Factores asociados a alto riesgo social (cuidador principal menor a 18 años, analfabeto o con consumo problemático de sustancias / niños institucionalizados o al cuidado de otro familiar / situaciones de violencia familiar) (2) (14) (19) (23) (26)
- Asistencia a institución educativa (Sí / No)
- Presencia de comorbilidades (Convulsiones febriles / Trastorno de conducta / Epilepsia)
- Certificado de discapacidad (Sí / No)
- Asistencia a fonoaudiología (Sí / No / Se desconoce)

Herramientas utilizadas: Se trabajó en conjunto con el servicio de Estadística de dicho hospital quien proporcionó los datos y números de historias clínicas de los pacientes codificados con el diagnóstico de trastorno del lenguaje a través de CIE-10 (F80 y sus subgrupos). Posteriormente se realizó la revisión de las mismas a través del sistema informático de la red ("Datatech"). Las variables recolectadas en las historias clínicas se volcaron en tablas dinámicas de doble entrada de la plataforma Google Sheets y luego fueron procesadas en el programa Excel (Microsoft®) donde se llevó a cabo análisis de datos y gráficos para resultados.

Plan de análisis: Se utilizaron medidas de resumen descriptivas para las variables recolectadas: frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas; media o mediana y rango para las variables cuantitativas.

RESULTADOS

Durante el período comprendido entre enero de 2022 y diciembre de 2024, en el consultorio de Neurología infantil del hospital de niños “Víctor J. Vilela” de la ciudad de Rosario se atendieron **348 pacientes menores de 6 años** codificados como *trastorno del lenguaje* según CIE-10.

Las consultas en dicho servicio con este diagnóstico representan un **9% de las consultas anuales totales**.

Aplicando los criterios de exclusión previamente mencionados, la muestra final quedó conformada por **219 pacientes**. (n= 219)

Entre los pacientes excluidos, el motivo más frecuente fue el diagnóstico de *trastorno del espectro autista* (n=74, 57%), seguido de falta de datos en la historia clínica (n=32, 25%), *trastorno fonarticulatorio* (n=16, 12,5%), hipoacusia en el niño o en su cuidador primario (n=3, 2,5%), discapacidad intelectual (n=2, 1,5%) y codificación errónea (n=2, 1,5%).

Sexo y edad:

Del total de los pacientes, el **sexo masculino** fue el predominante, representado por 157 pacientes (71,5%), en una relación 2.5:1.

La **media y mediana** de edad al momento de la primera consulta fue de **46 meses** (3 años y 10 meses). El rango de edad varió entre **20 meses** (1 año y 8 meses) y **71 meses** (5 años y 11 meses). (Gráfico 1)

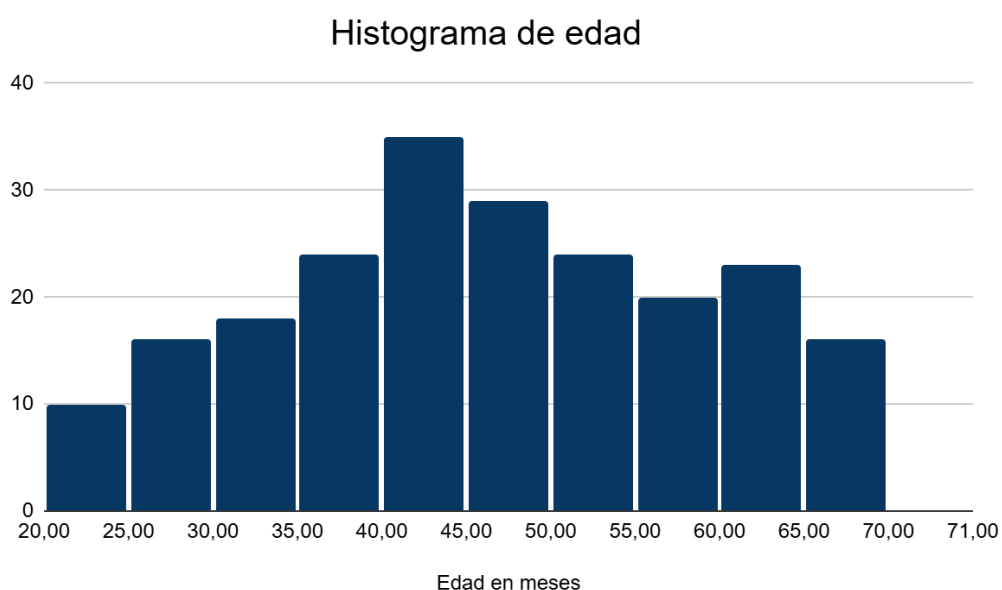


Gráfico 1. Distribución de los pacientes con diagnóstico de trastorno de lenguaje según edad en meses. Hospital de Niños Víctor J. Vilela. Período 2022-2024.

Factores de riesgo

De un total de **219 pacientes**, **85 (39%)** presentaron al menos un factor de riesgo identificado, mientras que **134 (61%)** no tenían ninguno. Entre los que presentaban factores de riesgo **48 pacientes** tenían **un solo factor de riesgo (57%)**, **18 pacientes** tenían **dos factores de riesgo (21%)** y **19 pacientes** presentaban **tres o más factores de riesgo (22%)**. (Gráfico 2)

Cantidad de factores de riesgo por paciente

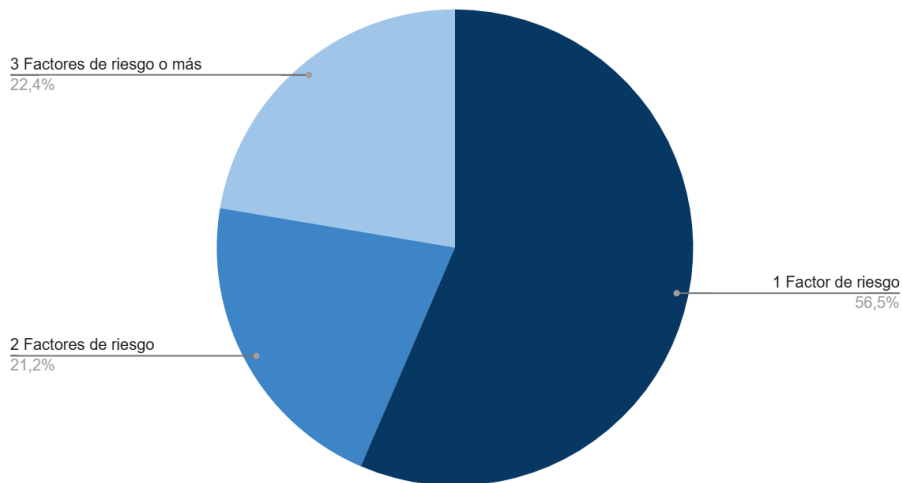


Gráfico 2. Distribución de los pacientes con diagnóstico de trastorno de lenguaje según cantidad de factores de riesgo. Hospital de Niños Víctor J. Vilela. Período 2022-2024.

Entre los 85 pacientes con factores de riesgo: el **79% (n=67)** tenían únicamente **factores de riesgo biológicos**, tanto perinatológicos como genéticos, el **8% (n=7)** presentaban **alto riesgo social** y el **13% (n=11)** presentaban **ambos tipos de factores de riesgo (13%)** (Gráfico 3)

Tipos de factores de riesgo

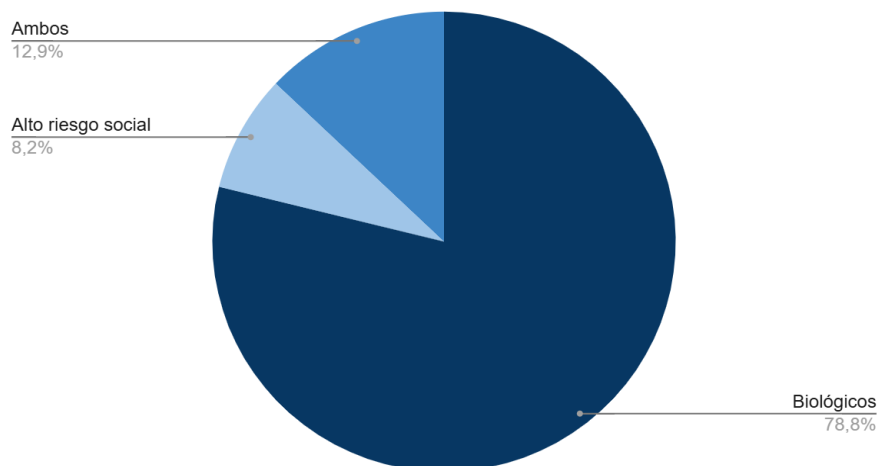


Gráfico 3. Distribución de pacientes según tipos de factores de riesgo -Biológicos, alto riesgo social o ambos. Hospital de Niños Víctor J. Vilela. Período 2022-2024.

De las historias clínicas analizadas se pudieron recabar las distintas causas de factores de riesgo perinatólogicos. El **15%** presentó antecedente de **prematurez** (n=32), el **5%** de **bajo peso para la edad gestacional** (n=11), **4%** de pacientes **gemelares** (n=9) y **21%** de estos requirieron el **ingreso a la Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN)** (n=46). (Gráfico 4)

Antecedentes perinatólogicos

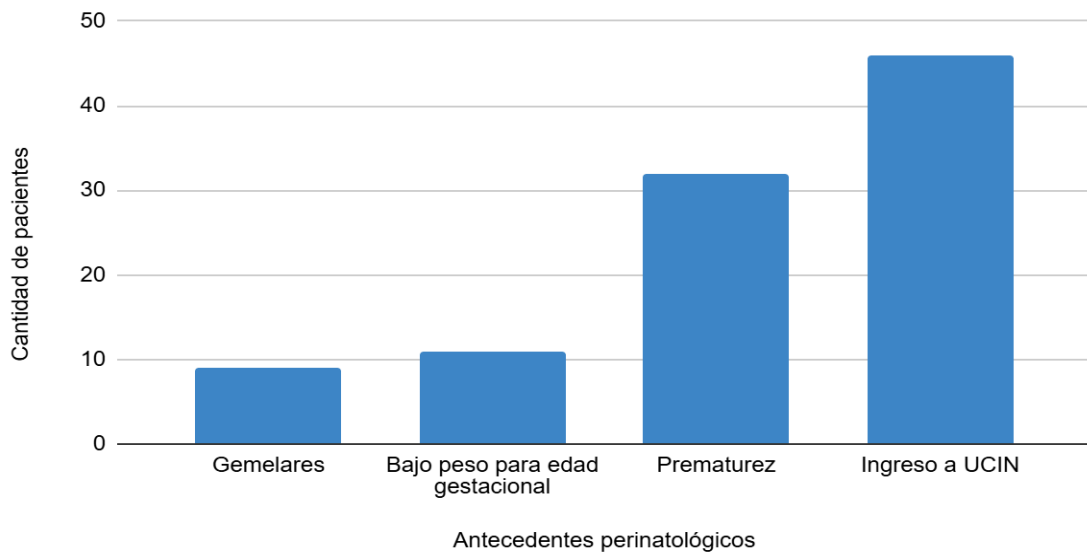


Gráfico 4. Distribución de los pacientes según factores de riesgo perinatólogicos. Hospital de Niños Víctor J. Vilela. Período 2022-2024.

De los 32 pacientes prematuros, 24 fueron **prematuros moderados (76%)**, 6 fueron **severos (18%)** y 2 fueron **extremos (6%)**.

Dentro de los motivos de ingreso a UCIN, el **10%** del total de pacientes presentó **síndrome de dificultad respiratoria** (n= 24), el **8%** **hiperbilirrubinemia** que requirió luminoterapia (n=17), **6%** por **sospecha de sepsis connatal** (n=14), **5%** por **Apgar deprimido** (n=12) y **1,5%** por **hemorragia intracraneal** (n=3). Cabe destacar que algunos de ellos presentaron más de un motivo por el cual permanecieron en dicha unidad. (Gráfico 5)

Pacientes con complicaciones perinatales que requirieron UCIN

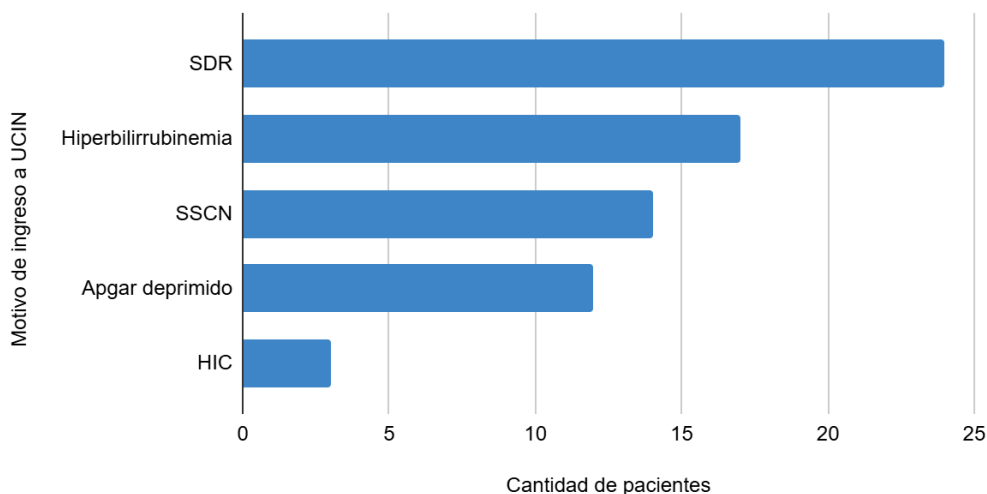


Gráfico 5. Distribución de los pacientes según complicaciones perinatales con requerimiento de UCIN. Hospital de Niños Víctor J. Vilela. Período 2022-2024.

El **antecedente familiar de trastorno del lenguaje** estuvo presente en **20 pacientes (9%)**.

El **riesgo social alto** se detectó en **15 pacientes (7%)**. Dentro de este grupo: 4 de ellos tienen cuidadores primarios con consumo problemático de sustancias, 4 tienen cuidadores primarios analfabetos, 3 pacientes tienen historial de violencia familiar, 2 de ellos se encuentran institucionalizados y 2 tienen padre/madre adolescente.

Asistencia a institución educativa:

Del total de los pacientes **menores de 4 años (n=117)**, **76 de ellos asisten a guardería o jardín**. De aquellos **mayores de 4 años (n=102)**, solo **8 de ellos no asiste a jardín** a pesar de la obligatoriedad por ley.

Asociación con comorbilidades

Entre las **comorbilidades** sin impacto directo en el neurodesarrollo pero frecuentes a esta edad, se registró un **14%** de pacientes con **trastornos de conducta** (n=30), un 6% con **convulsiones febriles** (n=14) y un 6% con **epilepsia** (n=14). (Gráfico 6)

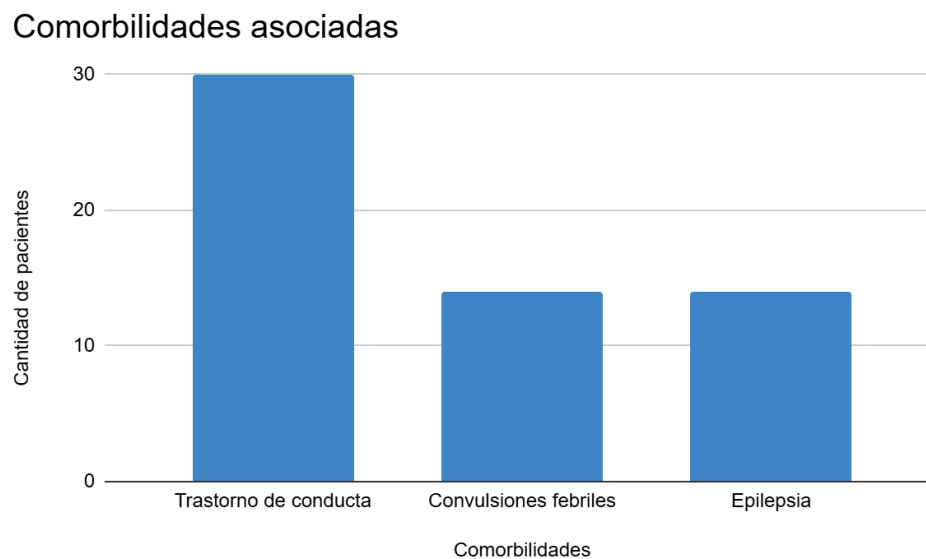


Gráfico 6. Distribución de los pacientes con diagnóstico de trastorno de lenguaje y comorbilidades asociadas. Hospital de Niños Víctor J. Vilela. Período 2022-2024.

Accesibilidad y tratamiento:

El **20%** de los **pacientes** posee Certificado Único de Discapacidad (CUD). El **56% accede a acompañamiento fonoaudiológico** (n=123), el 32% no accede (n=72) y en el resto de los casos no se obtuvo el dato. (Gráfico 7)

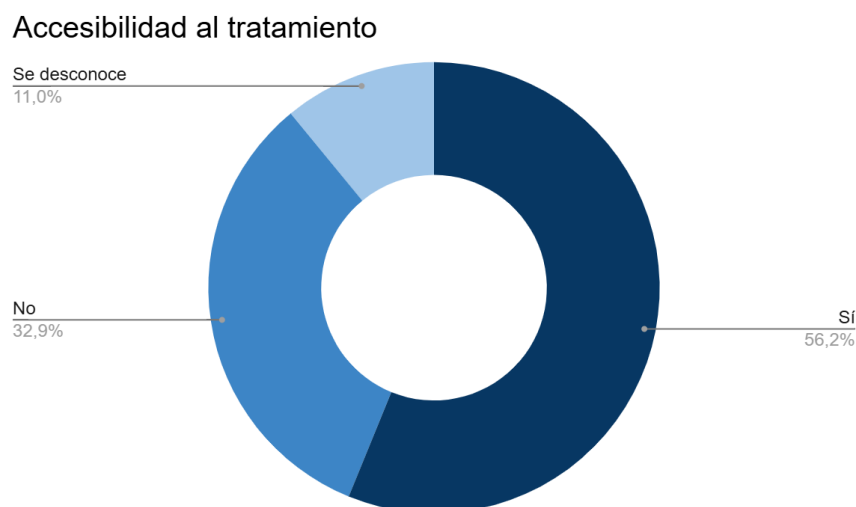


Gráfico 7. Distribución de los pacientes con diagnóstico de trastorno de lenguaje y su acceso a acompañamiento fonoaudiológico. Hospital de Niños Víctor J. Vilela. Período 2022-2024.

DISCUSIÓN

Las habilidades lingüísticas del niño constituyen un motivo de consulta frecuente. En algunas ocasiones representan el único desafío, mientras que en otras forman parte de un cuadro clínico más complejo. La obtención de un diagnóstico oportuno es fundamental, ya que el espectro de presentaciones es amplio, los pronósticos variables y la intervención precoz resulta beneficiosa. (27) El objetivo principal de este estudio fue caracterizar a los pacientes diagnosticados con trastorno del lenguaje en un centro de tercer nivel de atención, evaluando la presencia de factores de riesgo detectados en la consulta de neurología infantil. Estos hallazgos podrían brindar herramientas al pediatra de primer nivel para la detección temprana y la derivación oportuna de los niños menores de 6 años.

De acuerdo con distintas series publicadas, la mayoría de los pacientes con trastorno del lenguaje corresponden al **sexo masculino**, con proporciones que varían entre el 51% reportado por Galvin et. al. (14) y el 82% por Valdivia Álvarez et. a. (20). En nuestra serie, el sexo masculino representó un 71% de los pacientes con una relación de 2,5:1, porcentaje similar al 68% informado por Mondal y cols. (28)

Si bien la **edad de la primera consulta** fue variable, en nuestro trabajo el diagnóstico se estableció con una media de 46 meses (3 años y 10 meses), hallazgo semejante al informado por el Hospital Pediátrico Docente de Cuba, donde la media fue de 3 años. (20)

Los factores de riesgo identificados pueden dividirse en biológicos y sociales. Dentro de los biológicos, los antecedentes perinatólogicos y genéticos fueron los más relevantes. En nuestra muestra, el 39% de los pacientes presentó al menos un factor de riesgo, siendo de origen biológico en el 92% de los casos.

La **prematuridad** constituye un factor de riesgo ampliamente descrito para el retraso del lenguaje. En nuestra serie, el 15% de los pacientes presentaban ese antecedente, cifra que se encuentra por encima de lo expuesto en la bibliografía donde Mondan et. al. expone solo un 2% en un estudio realizado en 2016, Galvin et. al. un 8% en 2020 y Sunderajan y Kanhere et. al. expone un 11% en 2019. (14) (17) (28)

El porcentaje de antecedente de **bajo peso al nacer** fue significativamente menor que lo descrito en la bibliografía donde se encontraron cifras de entre un 21% por Galvin et. al. (14) y un 23% por Sunderajan y Kanhere et. al. (17)

Entre los pacientes que requirieron **ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales**, el 5% presentó **asfixia al nacer con Apgar deprimido**, proporción que contrasta con el 26% informado por Sunderajan, Kanhere y cols. (17) Siguiendo en esta línea de estudio, el 1,5% presentó **hemorragia intracraneal**, mientras que Mondan y cols. presentaron una frecuencia de un 11%. (28)

Cabe destacar que los niños con asfixia perinatal y otras patologías graves intracraneales como la hemorrágica, suelen presentar mayor morbilidad neurológica y múltiples comorbilidades asociadas, como el diagnóstico de una parálisis cerebral lo cual conduce a su exclusión del estudio. En

consecuencia, nuestras series tienden a incluir mayoritariamente a pacientes con antecedentes perinatológicos menos graves, en quienes el trastorno del lenguaje puede analizarse de forma aislada, sin la influencia determinante de déficits neurológicos severos.

En relación con los factores genéticos, se identificó el **antecedente familiar de primer grado** con trastorno del lenguaje en el 9% de los casos. Este hallazgo contrasta con lo señalado en diferentes estudios, que oscila entre el 18% expresado por el instituto Jawaharlal de India (28) y el 62% presentado por la Sociedad Argentina de Pediatría. (7,28) Estas diferencias podrían atribuirse a múltiples factores: el subregistro derivado de la falta de diagnóstico formal en familiares, la escasa información aportada por los cuidadores y la naturaleza retrospectiva del estudio, que limita la recolección exhaustiva de antecedentes.

En cuanto a las comorbilidades, se observó un 13% de **trastornos de conducta**, proporción semejante al 19% reportado por la Sociedad Argentina de Pediatría en un estudio realizado en Buenos Aires (7). La prevalencia de **epilepsia** fue del 6%, contrastando con el 26% reportado por el Hospital de Bombay, Maharashtra, en India. (17)

En cuanto a accesibilidad, el **Certificado único de discapacidad (CUD)** es un documento de trámite voluntario y gratuito, con alcance nacional, destinado a realizar una cobertura del 100% en las prestaciones de rehabilitación que el paciente requiera. No obstante, en el sistema público de salud el CUD asegura la cobertura económica, pero no garantiza la accesibilidad efectiva a las terapéuticas, ya que la disponibilidad de profesionales, turnos y servicios depende de los recursos de cada efector y no del certificado en sí. En estos casos, la atención terapéutica se gestiona y garantiza a través del programa Incluir Salud, que actúa como el nexo administrativo y operativo para asegurar la provisión de las prestaciones. En el caso de nuestros pacientes, **el 20% realizó dicho trámite.**

Si bien la **asistencia a fonoaudiología** constituye un primer indicador de acceso al sistema de rehabilitación, no garantiza por sí misma que el niño reciba un tratamiento específico, efectivo, sostenido en el tiempo y con la regularidad necesaria para generar cambios clínicos significativos. Si bien esto no puede inferirse únicamente a partir de la presencia o ausencia de consultas registradas, un dato a destacar es que en nuestro estudio **sólo el 56% de los pacientes accedió a acompañamiento fonoaudiológico**, mientras que el 32% no lo hizo y en el porcentaje restante no se pudo determinar esta información.

Limitantes del trabajo: Entre las limitaciones de este estudio se destaca su carácter retrospectivo, lo que dificulta la obtención de ciertos datos de interés consignados en la bibliografía, tales como patologías del embarazo (hipertensión arterial, diabetes, metrorragia), características del parto, tiempo de permanencia de los padres en el hogar, nivel de instrucción y número de hermanos. En relación con los factores de riesgo sociales, se debió simplificar su análisis, dado que no se pesquisan de manera sistemática en la práctica clínica habitual. La ausencia de registro de estos factores no implica necesariamente su inexistencia. Cabe señalar que en otros estudios, como el realizado en el

Instituto Jawaharlal de India, se aplicaron instrumentos estandarizados, como el *Home Screening Questionnaire*, demostrando que un ambiente desfavorable constituye un factor de riesgo significativo para el trastorno del lenguaje. (28)

CONCLUSIONES

El trastorno del desarrollo del lenguaje constituye uno de los problemas más frecuentes en la edad preescolar y representa un desafío cotidiano para los pediatras en la atención primaria. La identificación sistemática de factores de riesgo se presenta como una herramienta valiosa para orientar la atención. De este modo, es posible priorizar a los niños con mayor vulnerabilidad y realizar una evaluación más exhaustiva de su desarrollo lingüístico, favoreciendo la detección precoz y la intervención oportuna.

En nuestro trabajo, la edad de consulta al servicio de Neurología infantil se ubica alrededor de los cuatro años, lo cual muestra que una gran parte de los niños llega a la evaluación por el especialista en una etapa relativamente tardía del desarrollo del lenguaje.

Por otro lado, a pesar de excluir diagnósticos que explicaran por sí mismos las alteraciones del lenguaje, una parte considerable de los pacientes presentó factores de riesgo, principalmente de origen biológico. La prematurez, la internación en UCIN y las complicaciones perinatales constituyeron los hallazgos más frecuentes, lo que sugiere la relevancia de la historia perinatal en la vulnerabilidad para el desarrollo del lenguaje, aun en ausencia de secuelas neurológicas mayores.

Aunque en un número menor de casos también se propusieron los factores de riesgo sociales como relevantes en la pesquisa del pediatra. Esto refleja que, incluso en ausencia de causas orgánicas mayores, ciertos elementos del entorno social pueden contribuir negativamente en el desarrollo del lenguaje del niño.

La mayoría de los niños en edad correspondiente asistía a instituciones educativas, lo que representa un espacio clave para la detección temprana, aunque se identificaron también comorbilidades frecuentes en la infancia —como dificultades conductuales o episodios convulsivos— que pueden influir en el curso evolutivo o en la continuidad terapéutica.

Finalmente, se evidenció las dificultades que presenta el sistema para dar respuesta a la creciente demanda de estos trastornos. Esto demuestra una brecha significativa entre la necesidad clínica y la oferta terapéutica real, incluso dentro de un sistema público de salud organizado. Además, el 20% de los pacientes contaba con Certificado Único de Discapacidad, lo que resalta que, aun existiendo herramientas administrativas diseñadas para facilitar el acceso, estas no aseguran necesariamente la regularidad, especificidad ni continuidad del tratamiento.

En conjunto, los resultados de este estudio ponen de manifiesto la alta demanda asistencial vinculada al trastorno del desarrollo del lenguaje, la influencia de factores de riesgo biológicos y sociales, y las dificultades persistentes en el acceso efectivo a la intervención fonoaudiológica. Estos hallazgos destacan la necesidad de fortalecer las estrategias de pesquisa temprana, optimizar los circuitos de derivación y garantizar una mayor disponibilidad y continuidad del tratamiento dentro del sistema público, con el fin de mejorar el desarrollo del lenguaje en la primera infancia.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES:

- Fortalecer la pesquisa y detección temprana mediante las herramientas sistemáticas de control y evaluación del desarrollo
- Generar políticas públicas y de salud destinadas a brindar mayores oportunidades de acceso a tratamiento, formalizar un *circuito claro y ágil* de derivación desde control de niño sano hacia fonoaudiología, reduciendo tiempos de espera mediante turnos para desarrollo infantil.
- Historias clínicas compartidas o sistemas de registro unificados que permitan evaluar evolución y adherencia, favoreciendo el trabajo interdisciplinario.
- Programas de orientación para padres con estrategias concretas para estimular el lenguaje en casa, propuesto como estrategia de promoción y prevención. Esto puede incluir materiales impresos o digitales elaborados con lenguaje claro y ejemplos cotidianos, lo que permite incluir a la familia en la planificación terapéutica y así mejorar la adherencia
- Campañas de sensibilización sobre desarrollo del lenguaje y señales de alarma, con jornadas abiertas en centros de salud para promover consultas tempranas.
- Propuestas de investigaciones futuras: realizar estudios prospectivos en niños con trastornos del desarrollo del lenguaje y evaluar cómo éste, en especial si no es resuelto en la primera infancia, afecta en la etapa escolar y sus vínculos. Generar datos propios del sistema público que permitan orientar políticas sanitarias.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por su amor incondicional, su apoyo constante y por acompañarme en cada etapa de este camino.

A mi novio, por su paciencia, comprensión y por ser un sostén imprescindible en los momentos más desafiantes.

A mis amigas y amigos, por su cariño, las risas y por recordarme siempre la importancia de disfrutar el recorrido.

A mis tutores, por su guía, su dedicación y por acompañarme con compromiso y generosidad en el desarrollo de este trabajo.

A mis compañeras de residencia y futuras colegas, y a todos los pediatras del Hospital de niños Víctor J. Vilela, por el trabajo conjunto, el compañerismo, por los años de formación, por enseñarme a brindar una atención humana y de calidad.

Al Servicio de Neurología Infantil, por abrirme las puertas, por la generosidad en la enseñanza y por inspirarme día a día con su compromiso con los pacientes y sus familias.

A todos los que fueron parte de este proceso y por haber contribuido, de una u otra manera, a la concreción de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutson K, Cacchiarelli San Román N, Crea V, Enseñat V, Grosskopf B, Lejarraga C, et al. Guía para el seguimiento del desarrollo infantil en la práctica pediátrica. Arch Argent Pediatr. 2017 Jun 1;
2. Campistol Plana J, Caraballo RH, González Rabelino G. Neuropediatría: Fundamentos prácticos. 2023.
3. Chilosi AM, Brovedani P, Cipriani P, Casalini C. Sex differences in early language delay and in developmental language disorder. J Neurosci Res. 2023 May;
4. Aguilera Albesa S, Orellana Ayala CE. Trastornos del lenguaje. Pediatría integral. 2017;
5. Muchnik de Sobol I, Cacchiarelli N. Recomiendan estar atentos al desarrollo del lenguaje en los niños . SAP. 2019;
6. Artigas-Pallarès J, Pérez IP, Ventura Mallofré E. Trastornos del lenguaje . Pediatría integral. 2022;
7. Blumenfeld A, Carrizo Olalla J, D Angelo SI, González NS, Sadras Y, Graizer S, et al. Retraso del desarrollo del lenguaje en niños de 24 meses en un centro de salud en la Ciudad de Buenos Aires. Arch Argent Pediatr. 2018 Aug 1;
8. Vermeij BAM, Wiefferink CH, Knoors H, Scholte RHJ. Effects in language development of young children with language delay during early intervention. J Commun Disord. 2023 Apr 20;103:106326.
9. McLaughlin M. Speech and Language Delay in Children. Am Fam Physician. 2011;
10. González Lajas JJ, García Cruz JM. Trastornos del lenguaje y la comunicación. AEPAP. 2019;
11. Pender V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V-TR (Texto Revisado). 5°. 2023.
12. Rupérez AA, Ramos Sánchez I, Machado Casas IS, Fernández-Mayoralas DM, Gortázar Díaz M, Albesa SA. Trastornos del lenguaje, del habla y de la comunicación. Conceptos, clasificación y clínica. AEPED. 2022;
13. Gortázar Díaz M, Ramos Sánchez I, Machado Casas IS, Alás Rupérez A, Fernández-Mayoralas DM, Aguilera Albesa S, et al. Trastornos del lenguaje, del habla y de la comunicación. AEPED. 2022;
14. Ra G, Davis G, Neumann D, Underwood L, Peterson E, Morton S, et al. Risk Factors Associated With Language Delay in Preschool Children.
15. Narbona J, Chevrie-Muller C. El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos. 2da Edición. 2001.
16. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™. Psychiatric Association A, editor. 2013.
17. Sunderajan T, Kanhere SV. Speech and language delay in children: Prevalence and risk factors. J Family Med Prim Care. 2019;
18. Batista Bettio CD, Rezende Bazon M, Schmidt A. Risk and protective factors for language development delay. Psicol Estud. 2019;
19. Zuccarini M, Guarini A, Gibertoni D, Suttora C, Aceti A, Corvaglia L, et al. Describing

- communication profiles of low-risk preterm and full-term late talkers. *J Commun Disord*. 2023;
20. Valdivia Álvarez I, Abadal Borges GV, Gárate Sánchez E, Regal Cabrera N, Castillo Izquierdo G, Zenaida MS, et al. Factores biológicos asociados al retardo primario del lenguaje en niños menores de cinco años. *Revista Cubana de Pediatría*. 2013;
 21. Rechia IC, Oliveira LD, Crestani AH, Biaggio EPV, Souza APR de. Effects of prematurity on language acquisition and auditory maturation: a systematic review. *Codas*. 2016;
 22. Zambrana IM, Vollrath ME, Jacobsson B, Sengpiel V, Ystrom E. Preterm birth and risk for language delays before school entry: A sibling-control study. *Dev Psychopathol*. 2021;
 23. Wilson P, McQuaige F, Thompson L, McConnachie A. Language delay is not predictable from available risk factors. *ScientificWorldJournal*. 2013;
 24. Manjarin M, Lombardo L, Kannemann A, Torres F, Maidana F, Gómez Sosa J, et al. Comparación del desempeño de dos pruebas para la evaluación del neurodesarrollo infantil en un hospital pediátrico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Archivos argentinos de pediatría*. 2023;
 25. Francisco Vilavedra J, Ginestet ME, Lombardi LL, Shibukawa C. Aplicación de la Prueba Nacional de Pesquise de Trastornos Inaparentes del Desarrollo en pacientes del Consultorio de Niño Sano. *Ludovica* (2009) XI, 3:68-73 □ (2009) Ediciones de La Guadalupe. 2009;
 26. Johnston J. Factores que afectan el desarrollo del lenguaje. University of British Columbia, Canadá. 2010;
 27. Artigas J, Rigau E, García-Nonell K. Trastornos del lenguaje. *AEP*. 2008;
 28. Mondal N, Bhat BV, Plakkal N, Thulasingham M, Ajayan P, Poorna DR. Prevalence and risk factors of speech and language delay in children less than three years of age. *J Compr Ped*. 2016;