

ORIGINAL

Análisis del espectro autista en relación con su valoración en Albacete

Analysis of the autism spectrum in relation to its assessment in Albacete

Pedro J. Tárraga Marcos¹, Elena Cuenca Jiménez¹ , Ignacio Onsurbe Ramirez⁷, Enrique González Cortes^{1,2}, Pedro J. Tárraga López^{1,2} , José I. Ramírez Manent^{3,4,5,6} , Ángel Arturo López González^{3,4,5} 

1. UCLM (Universidad de Castilla La Mancha) 2. SESCAM (Servicio Salud Castilla La Mancha)

3. Ibsalut (Médico del Servicio Balear de Salut) 4. Grupo Investigación Group ADEMA, SALUD of Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud (IUNICS), Palma, Balearic Islands, Spain

5. Institut d'Investigació Sanitària de les Illes Balears (IDISBA), Balearic Islands Health Research Institute Foundation, Palma, Balearic Islands, Spain 6. Facultad de Medicina, Universidad de les Illes Balears, Palma, Balearic Islands, Spain

7. Jefe de Neuropediatría del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Corresponding author

Pedro J. Tárraga López

E-mail: pedrojuan.tarraga@uclm.es

Received: 5 - V - 2023

Accepted: 10 - VI - 2023

doi: 10.3306/AJHS.2023.38.06.9

Resumen

Introducción: El trastorno del espectro autista (TEA) es una afección del neurodesarrollo que afecta la interacción social, la comunicación y el comportamiento repetitivo, con diferentes grados y frecuencias en cada persona. Es considerado parte de la neurodiversidad, aunque es altamente heredable y puede ser influenciado por factores ambientales. Aunque existe acuerdo en torno a las características generales del autismo, hay desacuerdos en torno a su diagnóstico, subtipos y la relevancia de los rasgos asociados con el autismo en la población general.

Objetivo: Análisis de los trastornos del espectro autista en Albacete en relación con el de España y algunos internacionales.

Resultados: El trastorno del espectro autista afecta en torno al 1-1,5% de la población mundial y la edad de presentación de síntomas se sitúa en torno a los 18 meses. Se observa un aumento de la prevalencia y que afecta más a hombres que a mujeres. En cuanto a los síntomas encontrados hay un 80 % que tienen trastornos del lenguaje y un 62,85% alteraciones motoras como el inicio de la marcha. Otras comorbilidades encontradas fueron dificultades para vestirse, control de esfínteres alterados, problemas con la alimentación y sueño alterado.

Conclusiones: El trastorno del espectro autista es una condición que está en aumento, lo que puede ser influenciado por la nueva clasificación del DSM-V y el aumento de la sensibilidad hacia estos trastornos. La detección temprana es prioritaria para minimizar las secuelas y están surgiendo equipos de atención temprana para abordar estos trastornos. La atención temprana puede marcar una gran diferencia en la vida de las personas con Trastorno del Espectro Autista.

Palabras clave: Trastorno espectro autista, autismo, trastorno del neurodesarrollo, atención temprana, diagnóstico precoz.

Abstract

Introduction: Autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental condition that affects social interaction, communication, and repetitive behavior, with different degrees and frequencies in each person. It is considered part of neurodiversity, although it is highly heritable and can be influenced by environmental factors. Although there is agreement on the general characteristics of autism, there is disagreement about its diagnosis, subtypes and the relevance of traits associated with autism in the general population.

Objective: Analysis of autism spectrum disorders in Albacete in relation to that of Spain and some international ones.

Results: Autism Spectrum Disorder affects about 1-1.5% of the world population and the age of presentation of symptoms is around 18 months. There is an increase in prevalence, and it affects more males than females. Regarding the symptoms found, 80% had language disorders and 62.85% had motor disturbances such as the onset of walking. Other comorbidities found were dressing difficulties, altered sphincter control, feeding problems and disturbed sleep.

Conclusions: Autism spectrum disorder is a condition that is on the rise, which may be influenced by the new DSM-V classification and increased sensitivity to these disorders. Early detection is a priority to minimize sequelae and early care teams are emerging to address these disorders. Early care can make a big difference in the lives of people with autism spectrum disorder.

Key words: Autism spectrum disorder, autism, neurodevelopmental disorder, early care, early diagnosis.

Cite as: Tárraga Marcos PJ, Cuenca-Jiménez E, Onsurbe I, González-Cortes E, Tárraga López PJ, Ramírez-Manent JI, et al. Análisis del espectro autista en relación con su valoración en Albacete. *Academic Journal of Health Sciences* 2023; 38 (6): 9-17 doi: 10.3306/AJHS.2023.38.06.9

Introducción

1. Concepto de Autismo

El espectro autista, a menudo referido simplemente como autismo o en el contexto de un diagnóstico profesional, trastorno del espectro autista (TEA) o condición del espectro autista (ASC), es una condición del neurodesarrollo caracterizada por dificultades en la interacción social, la comunicación verbal y no verbal, y la presencia de comportamiento repetitivo, intereses restringidos, hiper o hiposensibilidad a estímulos sensoriales, y una insistencia en la uniformidad o la estricta adhesión a la rutina¹.

La mayoría del conocimiento psiquiátrico entiende que el autismo es un trastorno del espectro, lo que significa que puede manifestarse de manera diferente en cada persona: es probable que cualquier individuo con TEA muestre algunas, pero no todas de las características asociadas con él, y la persona puede exhibirlas en diversos grados y frecuencias². Existe una gran variación en el nivel de apoyo que las personas requieren: algunas personas autistas no hablan, mientras que otras tienen un lenguaje hablado relativamente intacto.

Si bien la psiquiatría ha clasificado tradicionalmente el autismo como un trastorno del neurodesarrollo, muchas personas autistas y otros, como los defensores (el movimiento por los derechos del autismo) y algunos investigadores ven el autismo como parte de la neurodiversidad, la diversidad natural en el pensamiento humano y la experiencia, con fortalezas, diferencias y debilidades. Según este punto de vista, el autismo no es patológico, pero esto no impide que algunas personas autistas sean discapacitadas o tengan altas necesidades de apoyo. Esta visión relativamente positiva y holística de la condición ha llevado a un cierto grado de fricción entre aquellos que son autistas y otros, como defensores, profesionales y organizaciones benéficas.

Hay muchas teorías sobre lo que causa el autismo. Es altamente heredable y se cree que es principalmente

genético, pero hay muchos genes involucrados, y los factores ambientales también pueden ser relevantes. El síndrome con frecuencia coexiste con otras afecciones, como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, la epilepsia, la discapacidad intelectual y otras³. Continúan los desacuerdos en torno a la afección, como qué se debe incluir como parte del diagnóstico de autismo, si existen subtipos significativos de autismo, y la importancia de los rasgos asociados con el autismo en la población en general. La combinación de criterios más amplios y una mayor conciencia ha llevado a una tendencia de estimaciones cada vez mayores de la prevalencia del autismo, causando una idea errónea común de que existe una epidemia de autismo y perpetuando el controvertido mito de que es causado por las vacunas.

2. Clasificación del Autismo

La clasificación del autismo ha sufrido cambios a lo largo del tiempo. En su origen, en 1994, el DSM lo identificaba como "trastornos generalizados del desarrollo" y distinguía 5 subtipos, entre ellos, el trastorno autista, el síndrome de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno generalizado del desarrollo no especificado y el síndrome de Rett. Sin embargo, con la nueva edición del DSM en 2013, se reemplazaron 4 de estos subtipos por la categoría general de "trastornos del espectro autista" (TEA), incluida en una categoría más amplia de "trastornos del neurodesarrollo". Además, el síndrome de Rett ya no formaba parte de esta categoría y el síndrome de Asperger se incluía en los TEA⁴.

En lugar de distinguir entre diferentes subtipos, el DSM-5 clasifica los síntomas en tres niveles de gravedad, según el nivel de apoyo necesario (**Tabla I**):

3. Características Clínicas del Autismo

Las manifestaciones clínicas de los pacientes con TEA se pueden dividir en⁴:

- Déficits persistentes en la comunicación social e interacción:

Tabla I: Clasificación síntomas TEA.

Categoría Dimensional del TEA	Comunicación Social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 "Necesita ayuda muy notable"	Mínima comunicación social	Marcada interferencia en la vida diaria por inflexibilidad y dificultades de cambio y foco de atención
Grado 2 "Necesita ayuda notable"	Marcado déficit con limitada iniciación o respuestas reducidas o atípicas	Interferencia frecuente relacionada con la inflexibilidad y dificultades del cambio de foco
Grado 1 "Necesita ayuda"	Sin apoyo in situ, aunque presenta alteraciones significativas en el área de la comunicación social	Interferencia Significativa en al menos, un contexto
Síntomas subclínicos	Algunos síntomas en este o ambas dimensiones, pero sin alteraciones significativas	Presenta un inusual o excesivo interés, pero no interfiere
Dentro de la normalidad	Puede ser peculiar o aislado, pero sin interferencia	No interferencia

- El desarrollo se caracteriza por una conducta de apego atípica, pero no ausente.
- Repiten la misma pregunta varias veces, con independencia de la respuesta, o participan en juegos repetitivos.
- Presentan preocupación por su entorno familiar, escolar o rutinas.
- Presentan falta de interés social, con ausencia de amigos acorde a su edad o preferir jugar solos.
- Alteraciones de conducta, intereses y actividades restrictivos y repetitivos:
 - Algunos niños no balbucean y no pueden compensar este déficit de lenguaje con expresiones faciales o gestos.
 - Ecolalia inmediata o retardada.
 - Preocupación por partes específicas de los juguetes.
 - El comportamiento es restringido, repetitivo con intereses estereotipados (no cambian de juguetes u objetos).
- Características físicas asociadas:
 - Muestran un mayor índice de anomalías físicas menores, como malformaciones de orejas.
 - Muchos continúan siendo ambidiestros a una edad en la que la dominancia cerebral ya está establecida.
 - Se observa una incidencia mayor de dermatoglifos anómalos, lo que puede indicar una alteración en el desarrollo neuroectodérmico.
- Síntomas Conductuales asociados:
 - Discapacidad intelectual: alrededor de un 30% de los niños con TEA presentan discapacidad.
 - Irritabilidad: incluye agresividad, conductas autolesivas y rabietas intensas.
 - Inestabilidad del estado de ánimo y afectividad: muestran cambios súbitos de ánimo.
 - Respuesta a estímulos sensoriales: responden de manera exagerada a determinados estímulos sensoriales y de manera insuficiente a otros estímulos de tipo sensorial.
 - Hiperactividad y falta de atención.
 - Habilidades precoces: cálculos prodigiosos comparado con sus compañeros, hiperlexia y aptitudes musicales.
 - Insomnio.
 - Infecciones leves y síntomas digestivos.

4. Causas de Autismo

Se considera el TEA como una alteración de etiología multifactorial causada por diferentes factores genéticos y ambientales que contribuyen en diferente medida al desarrollo de la enfermedad. El TEA tiene una clara asociación familiar en gemelos idénticos entre 37% y 92%⁵. Actualmente hasta un 15% de los casos parecen estar ligados con una mutación genética conocida, pero en la mayoría su expresión se debe a múltiples genes. Los estudios genéticos han identificado dos sistemas biológicos afectados: el sistema 5-HT produciéndose un incremento de la serotonina en plaquetas y el

cambio en los mecanismos de plasticidad sináptica ligados a mTOR.

El TEA se incluye en varios síndromes de causa genética identificable. El más frecuente es el síndrome del cromosoma X frágil, un trastorno recesivo que aparece en un 2-3% de pacientes con trastorno de espectro autista⁶. Estos niños presentan discapacidad intelectual, dificultades en la motricidad gruesa y fina, cara poco habitual, macroorquidia y lenguaje más deficiente. Otro trastorno como la esclerosis tuberosa de herencia autosómica dominante aparece en el 2% de niños con TEA⁶.

Se plantea que la incompatibilidad inmunológica puede contribuir al desarrollo de TEA. Los linfocitos de la madre pueden dañar tejidos neuronales embrionarios durante la gestación⁷.

Además, se incluyen una serie de factores perinatales como: edad avanzada de los progenitores, hemorragia gestacional materna, diabetes gestacional y ser primogénito. Incluso factores de riesgo perinatal como complicaciones del cordón umbilical, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal, factores de riesgo de hipoxia y talla reducida para la edad gestacional.

5. Diagnóstico

En la práctica clínica después de conocer el motivo de derivación, se realizará la historia clínica, la exploración física y la evaluación del desarrollo psicomotor con el fin de establecer un diagnóstico diferencial.

En los casos en los que el paciente sea menor de 3 años se podrá valorar aplicar cualquier escala de desarrollo según el criterio del profesional además de valorar la sintomatología del niño en diferentes contextos. Se podrán utilizar diferentes escalas de screening que pueden identificar rasgos de TEA como el M-CHAT o SCQ⁸.

En pacientes mayores se pueden usar herramientas más específicas de Síndrome de Asperger como el ADOS-2 en los que el evaluador puede observar o no la presencia de ciertos comportamientos sociales o la entrevista ADI-R en la que el evaluador explora 3 grandes áreas (lenguaje, interacción social y conductas e intereses restringidos y repetitivos)⁸.

El diagnóstico definitivo se realizará siempre según los criterios del DSM-5 o CIE-11 y puede ser necesario la evaluación por parte de 1 o más profesionales.

El uso de pruebas complementarias en el diagnóstico de TEA tiene una sensibilidad muy baja, entre 25-35%, puede ser necesario realizarlas para identificar comorbilidades que puedan tener implicación para el tratamiento o en el asesoramiento genético³. (Tabla II).

Tabla II: Criterios diagnósticos de TEA de acuerdo con DSM-V⁹.

Alteraciones en el dominio de comunicación social	Alteraciones en el dominio de comportamiento repetitivo e intereses restrictivos
<p>Los pacientes deben presentar o haber presentado las siguientes manifestaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déficits en la reciprocidad social-emocional • Déficits en los comportamientos comunicativos no verbales empleados para la interacción social • Déficits en el desarrollo, mantenimiento y entendimiento de las relaciones interpersonales. 	<p>Los pacientes deben presentar o haber presentado al menos dos de las siguientes manifestaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lenguaje, movimientos o uso de objetos estereotipados o repetitivos • Insistencia en la monotonía, adherencia inflexible a la rutina, patrones ritualizados de comportamiento verbal o no. • Intereses altamente restringidos y fijos anormales en intensidad y focalización • Hiper o hiporreactividad a estímulos sensoriales o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno
<p>Los síntomas deben estar presentes en las primeras fases del periodo de desarrollo (pueden no manifestarse totalmente). Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en el área social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual o por el retraso global del desarrollo.</p>	

6. Manejo del Autismo

Como objetivos en el tratamiento de trastorno del espectro autista se busca incidir sobre las conductas que puedan mejorar su comunicación, interacciones sociales, desarrollar relaciones significativas y ampliar estrategias para que se integren en los diferentes ámbitos de su vida. Es por eso por lo que la terapia psicossocial tiene un peso importante e intenta ayudar a incrementar una conducta prosocial y socialmente aceptable y disminuir los síntomas conductuales extraños⁵.

Entre las intervenciones psicossociales se encuentran:

- Intervenciones intensivas y precoces sobre la conducta y el desarrollo: como el Modelo de Lovaas que utiliza técnicas de análisis conductual aplicado o estrategias para el entrenamiento de padres que les enseña a facilitar el desarrollo comunicativo en el hogar.
- Terapia cognitivo-conductual para las conductas repetitivas y síntomas asociados: es eficaz para reducir algunas conductas repetitivas en niños y adolescentes autistas. Además, pueden disminuir síntomas como la ansiedad, depresión y trastornos obsesivos-compulsivos¹⁰.
- Intervenciones educativas: como el TEACCH que es un método educativo que incorpora recursos visuales y programas con dibujos en la ayuda de temas académicos y respuestas socialmente apropiadas.

Las intervenciones psicofarmacológicas⁵ se utilizan principalmente para mejorar síntomas conductuales alterados tales como:

- Irritabilidad: se utilizan antipsicóticos de segunda generación como risperidona y/o aripiprazol.
- Hiperactividad, impulsividad y falta de atención: se puede usar metilfenidato, aunque puede producir varios efectos secundarios como aumento de estereotipias, malestar digestivo, problemas de sueño y labilidad emocional.
- Conducta repetitiva y estereotipada: antidepresivos con antipsicóticos de segunda generación y con eutimizantes como el valproato han demostrado que pueden mejorar estos síntomas.

7. Diagnóstico e Intervención Temprana

Se ha establecido a nivel internacional que cuando se detecta y se interviene en el trastorno de manera temprana, puede tener efectos positivos evidentes en el pronóstico de los niños que lo sufren sobre todo en lo que respecta al manejo del comportamiento, las dificultades en la comunicación y las habilidades funcionales¹⁰.

En general, la intervención temprana puede ser determinante para un pronóstico favorable o desfavorable, ya que cuando se inicia la intervención antes de los tres años, se observan efectos más beneficiosos que cuando se realiza después de los cinco años. Además, algunas metodologías de intervención temprana pueden resultar rentables en términos de coste-beneficio, lo que podría significar un ahorro en los costes de los servicios de apoyo y de educación especial¹.

Por tanto, a nivel mundial, los especialistas plantean que el diagnóstico de los casos se debe hacer tan pronto como sea posible, porque aumentaría las posibilidades de que niños con TEA puedan adaptarse a su entorno mejor¹². Además de los beneficios para el propio niño, se podría utilizar para ayudar a las familias a la hora de plantearse consejo genético, ya que existe un riesgo del 5% de que el segundo hijo también lo padezca.

Objetivos

Objetivo Principal: Análisis de los trastornos del espectro autista en Albacete en relación con el de España y algunos internacionales.

Objetivos secundarios: Afectación de los trastornos del espectro autista según sexos, Comparación de los síntomas y comorbilidades del TEA estudiadas en Albacete con resto de estudios realizados.

Material y métodos

Se ha realizado una revisión sistemática utilizando la base de datos científica PubMed, Web of Science y Scielo.

Se escogieron como palabras clave "Diagnóstico Precoz TEA", "Síntomas TEA", "Diagnostico TEA" y "Abordaje TEA".

La fecha de publicación de los artículos utilizados va desde 2004 a 2022, aunque la mayoría de ellos están acotados entre 2018 y 2022, con el fin de proporcionar una información reciente y actualizada.

Los criterios de inclusión de estudios para esta revisión fueron los siguientes: los artículos debían ser metaanálisis, ensayos clínicos controlados aleatorizados o revisiones sistemáticas. Se escogieron estudios cuyo idioma de publicación fuera inglés o español.

Se desestimaron estudios publicados en revistas de bajo impacto, estudios que se desviaban de los objetivos principales, que se centraban en otras patologías o que duplicaban información.

Posteriormente para contrastar los datos obtenidos con los de Albacete se hizo un estudio retrospectivo y transversal de un total de 70 pacientes anonimizados detectados en la consulta de Neurología Pediátrica del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, con el diagnóstico de Trastorno General del Desarrollo (TGD) o Trastorno del Espectro Autista (TA).

Resultados

El Trastorno del Espectro Autista afecta en torno al 1-1,5% de la población mundial y la edad de presentación de síntomas se sitúa en torno a los 18 meses. Este dato varía dependiendo mucho del país donde nos encontremos, de los diferentes estudios realizados, de las técnicas de recogida de datos e incluso de las herramientas diagnósticas de las que se disponen para el diagnóstico definitivo de autismo.

En el estudio de Prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista en niños de Estados Unidos, Europa y España¹³ se revisaron datos de diferentes fechas en estas zonas.

Estos son los siguientes:

- En EE. UU. entre el periodo de 2000-2014 aumentaron los diagnósticos de TEA en un 150% con respecto a años anteriores.
- En Europa se obtuvieron distintos niveles de prevalencia según el país donde se realizaba el estudio. En Noruega, entre 2010-2012, se describe una tasa de prevalencia de 1/144 niños en 10 años y 1/125 en niños de 11 años. En el Reino Unido, entre 2004-2009, 1/110 entre niños de 5 y 16 años. En Holanda, 1/44 siendo una de las más altas de la zona. En Italia, en datos de 2018, 1/87 entre niños de 7 y 9 años. En Alemania, con datos de 2012, 1/166

en niños de 6 a 11 años.

- Finalmente, en España se comparan datos de 3 zonas geográficas. La primera, Tarragona, fue la más alta descrita con una prevalencia de 15,5/1000. La más baja, Cádiz, con 0,2/1000. En Canarias los resultados fueron 6,1/1000.

En el estudio Perfil epidemiológico del autismo en Latinoamérica¹⁴ se realizó un análisis retrospectivo de estudios para realizar un perfil epidemiológico de la zona:

- En Argentina se obtuvo una prevalencia de 8/10000 habitantes; En Brasil, 17/10000 habitantes; En Chile 25/10000 habitantes; En República Dominicana 25/10000 habitantes; En Uruguay 28/10000 habitantes y finalmente en Venezuela 22/10000 habitantes.
- Este estudio se centró más en la observación de TEA en Ecuador donde en el año 2016 se diagnosticaron 1266 personas con la enfermedad. En cuanto a la edad de presentación, un 20,31% fueron diagnosticados entre los 0 hasta los 12 meses de edad; Un 32,81% entre los 13-24 meses; un 20,31% entre los 25-36 meses; un 15,63 entre los 37-60 meses y un 10,94% con más de 61 meses. En relación con el profesional que lo diagnosticó en su mayoría fueron psicólogos, seguidos por psiquiatras y en una minoría pediatras. Los síntomas más significativos fueron en un 30-40% discapacidad intelectual y un 33% epilepsia. Finalmente se encontraron otros como disfunciones sensoriales, alteraciones motoras y conductuales y trastornos del sueño o alimentarios.

En el estudio Trastorno del Espectro Autista. Epidemiología, aspectos psicosociales, y políticas de apoyo en Chile, España y Reino Unido¹⁵, se recoge información sobre la epidemiología del trastorno, considerando temáticas tales como: causas del TEA; detección del síndrome y el grado de severidad.

- Se destacan las distintas comorbilidades que pueden asociarse al TEA: un 29,8% padecen deficiencia cognitiva; un 33% epilepsia de aparición precoz o tardía; de un 69% a 90% trastornos de integración social donde se incluye baja tolerancia a las texturas de la ropa o respuestas inusuales ante el color, forma, textura o sabor de los alimentos que conllevan problemas con la dieta; entre un 40%-80% trastornos del sueño. Otros trastornos que se incluyen son dispraxias motoras, alteraciones auditivas, motoras o conductuales.
- En cuanto a la prevalencia se destacan los datos de la OMS sobre el autismo en el mundo de 1/160 niños (0,624%). Otros datos recogidos fueron los de EE. UU. donde se recoge una prevalencia del 2% siendo el sexo masculino más afectado que el femenino. En el Reino Unido se estima un 1% de afectados por

TEA, habiendo similitud con respecto a EE. UU. sobre la afectación en niños más que en niñas. Por último, se recogen datos de España donde la prevalencia la sitúan en 8/10000 niños.

En la investigación Perfil Clínico y Epidemiológico del Trastorno del Espectro Autista en Personas¹⁶ se concluyó:

- En un estudio descriptivo de 120 personas, el 89,2% de los pacientes fueron varones, el 37,6% estuvieron sobre un rango de edad de 3 a 5 años y el 12,4% presentó como síntoma inicial previo a su diagnóstico, dificultad para comunicarse. Como otras alteraciones, el 24,8% presentaron estreñimiento como alteración digestiva, el 19,2% estornudos de repetición como alteración alérgica y el 21,8% presentaron lenguaje inentendible como alteración neurológica. No obstante, en los 3 grupos de alteraciones hubo una mayor predominancia por no presentar ningún síntoma siendo el porcentaje de 52,5%, 62,2% y 52,5% respectivamente. Cabe destacar otros rasgos significativos como el poco interés a relacionarse en un 12,2% de los pacientes o de evitar el contacto visual en un 11,8%.

En la investigación Características clínicas y Epidemiológicas de los pacientes con trastorno del espectro autista¹⁷:

- Se realizó un estudio descriptivo que incluyó a 663 pacientes diagnosticados de trastorno de espectro autista, donde el 83.3% fueron varones y el 16.7% mujeres. El 69,4% fueron niños de rango de edad entre 5 y 12 años. El 52% nació por parto vaginal. La edad gestacional fue de 37 a 40 semanas (93.2%). El 2.6% presentó complicaciones posnatales inmediatas. El 7.8% tuvo convulsiones. El 99.8% tuvo problemas de conducta. El 70% presentó hábitos repetitivos. El 32.3% no hace contacto visual. El 47.5% tiene trastorno sensorial. El 98.6% presenta retraso en el desarrollo del lenguaje. El 4,1% presentó enfermedades infecciosas como varicela y el 3,2% epilepsia.

En los datos que se recogen en el Hospital Universitario de Albacete, en 4 años se han diagnosticado 70 casos de Trastornos Espectro Autista (TEA), 58 hombres y 12 mujeres.

Tabla III: "Resumen Prevalencia y Epidemiología asociada a Trastornos del Espectro Autista."

AÑO Y AUTOR	TÍTULO ESTUDIO	PRINCIPALES CONCLUSIONES
Morocho Fajardo, Kate Adamary Sánchez Álvarez, Doménica Estefanía Patiño Zambrano, Viviana Paola 2021	Perfil epidemiológico del autismo en Latinoamérica.	<ul style="list-style-type: none"> • Los profesionales que diagnostican esta enfermedad son en su mayoría psicólogos, neurólogos y psiquiatras. • Las primeras consultas por sospecha de la enfermedad se suelen realizar a partir del 1 año. • El diagnóstico definitivo se obtiene en un periodo superior a 2 años.
Málaga, Ignacio Blanco Iago, Raquel Hedreña-Fernández, Antonio 2019	Prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista en niños de Estados Unidos, Europa y España.	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento progresivo en la prevalencia de los TEA a nivel mundial. • Existencia de una gran variabilidad geográfica entre territorios y dentro de un mismo territorio.
Lampert -Grassi, María Pilar 2018	Trastorno del Espectro Autista. Epidemiología, aspectos psicosociales, y políticas de apoyo en Chile, España y Reino Unido.	<ul style="list-style-type: none"> • Se estima una incidencia 1/160 de TEA en el mundo. • Se diagnostican más niños que niñas en el mundo. • El TEA puede ir asociado a diferentes alteraciones tales como: deficiencia cognitiva, epilepsia, trastornos del sueño...
Mora Torero, Bruno 2020	Perfil Clínico y Epidemiológico del Trastorno del Espectro Autista en Personas.	<ul style="list-style-type: none"> • Predominaron los hombres entre los 3 a 5 años, seguidos de los mayores de 12 años. • Las conductas más frecuentes fueron la dificultad para comunicarse, mostrar poco interés de relacionarse con otros y evitar el contacto visual. • Los pacientes no presentaron alteraciones digestivas, sin embargo, el estreñimiento fue una de las alteraciones encontradas. • De las alteraciones alérgicas, el estornudo a repetición fue predominante. • Respecto a las alteraciones neurológicas, el lenguaje inentendible fue predominante.
Zegarra Inchausti, Vanessa Daphne 2019	Características clínicas y Epidemiológicas de los pacientes con Trastorno del Espectro Autista.	<ul style="list-style-type: none"> • El trastorno de espectro autista afecta con mayor frecuencia a hombres que a mujeres. • La mayoría de los niños fueron diagnosticados a partir de los 3 años. • El antecedente de convulsiones en los niños con TEA fue mucho más frecuente que en la población general.

Tabla IV: Primeros síntomas.

Al primer año	1 (1,42%)
En segundo año	15 (21,42%)
En el tercer año	27 (38,5%)
En el cuarto año	15 (21,42%)
Mas de 5 años	12 (17,14%)
Total	70
Prevalencia	0,2%

Tabla V: Cuidadores Habituales en niños con TEA.

Padres	26
Padres y Abuelos	6
Padres y Guardería o Colegio	37
Padres y Colegio Especial	1

Tabla VI: Enfermedad Padecidas o Presentes.

Padres con antecedentes psiquiátricos	14
Alergias (PLV, otros)	8 pacientes
Patología digestiva	4 pacientes
Patología cardíaca	6 pacientes
Patología respiratoria	12 pacientes
Patología neurológica	3 pacientes
Patología endocrina	5 pacientes
Pga. Apar. Locomotor	6 pacientes

Tabla VII: Ingresos en pacientes con TEA.

No	37
Procesos agudos infecciosos	14
Procesos metabólicos	2
Intervenciones quirúrgicas	5
Periodos largos de ingreso	2
Traumatismos	0
Varios	10

Control Movimiento:

Tabla VIII: Presencia de Gateo en el desarrollo.

Normal	45 (64,2%)
Ausente	25 (35,8)

Tabla IX: Inicio de la Marcha.

Antes del año	4 (5,71%)
12 meses	12 (17,14%)
13 meses	10 (14,28)
14 meses	12 (17,14%)
15 meses	12 (17,14%)
16 meses o mas	20 (28,57%)

Tabla X: Síntomas encontrados.

Sueño alterado	18 (25,71%)
Alimentación alterada	11 (15,71%)
Control de esfínteres alterado	46 (65,71%)
Alteración en vestirse	60 (85,71%)
Retraso en el inicio del lenguaje	56 (80%)

Tabla XI: Servicios a los que se deriva e implicados después.

Pediatría Centro Salud	62 (88,57%)
Neuropediatría	70 (100%)
Equipo de Atención Temprana. Centro Base	63 (90%)
Logopedia clínica	32 (45,71%)
Rehabilitación-Fisioterapia	9 (12,85%)
ORL	32 (45,71%)
Otros	11 (15,71%)

Tabla XII: Tiempo transcurrido entre Inicio síntomas y Diagnóstico.

1 mes	3,45%
2 meses	39,66%
3 meses	20,69%
4 meses	13,79%
5 meses o mas	24%

Tabla XIII: Diagnósticos al final del proceso.

Trastorno del lenguaje	79,31%
TEA	87,93%
Retraso cognitivo o alteración C. I	1,72%
TDA con o sin hiperactividad	27,59%
Trastorno de conducta	1,72%
Síndrome específico	13,79%
Tratamiento farmacológico	39,66%
Minusvalía reconocida	25,86%
Alteración cariotipo	3,45%

Discusión

Los trastornos de espectro autista se definen como trastornos del desarrollo con la presencia de dificultades de comunicación e interacción social y patrones del comportamiento. En los últimos años estamos asistiendo a un aumento de la prevalencia. En nuestro estudio de Albacete observamos una prevalencia de 0,2/1000 habitantes (0,2%), lo que contrasta con otras prevalencias analizadas de nuestro país: Tarragona 15,5/1000 habitantes, Canarias 6,1/1000 habitantes y Cádiz 0,2/1000 habitantes y con otras del resto del mundo como los datos proporcionados por la ONU que destaca una prevalencia de 0,625%. Estas cifras sin duda se van a haber aumentadas según los datos diagnósticos del DMS-V y una mayor sensibilidad para el diagnóstico.

En cuanto al censo confirma los datos concuerdan con los de otros estudios en los que existe una proporción superior en hombres que en mujeres.

En relación con el inicio de síntomas en los niños con trastornos del espectro autista, el dato general proporcionado por la literatura lo sitúa en torno a los 18 meses de edad. En los estudios consultados un 32,81% de los niños comenzaron con síntomas entre los 13-24 meses. Esto contrasta con nuestro estudio donde este dato tiene mayor importancia y los primeros síntomas no empiezan a aparecer hasta el tercer año siendo en este caso el 38,5% de los niños (**Tabla IV**).

Como ya se ha referido en la actual clasificación del DMS-V, los trastornos del espectro autista se agrupan dentro de los trastornos del desarrollo neuromotor así en el estudio de Albacete se observa que hay un 80 % de trastornos del lenguaje (**Tabla X**) y un 62,85% de alteraciones motoras como el inicio de la marcha (tabla 9), lo que contrasta con otros estudios en los que los resultados fueron 98,6% y 63,5% respectivamente.

Hemos podido observar otras comorbilidades en el estudio de Albacete (**Tabla X**) que concuerdan con otros estudios: un 85,71% tuvieron dificultades para vestirse; un 65,71% tuvieron control de esfínteres alterados; un 15,71% problemas con la alimentación y un 25,71% sueño alterado. Otros estudios han publicado comorbilidades que en unos casos coinciden y en otros son nuevos tales como: alteración del sueño entre un 40-80%; dificultad para la alimentación y vestimenta en un 90%; estreñimiento en un 24,8% o aparición de epilepsia en un 33%.

En cuanto al diagnóstico podemos observar que en otros estudios se diagnostica en consulta de psiquiatría, psicología o neurología, en Albacete se diagnostica principalmente en el servicio de Pediatría lo que pone en valor el desarrollo de la Pediatría tanto en Atención

Primaria como en el hospital. Estos profesionales utilizan el test Denver simplificado que evalúa el desarrollo de niños entre 0 y 6 años mientras analiza diferentes actividades tales como uso de objetos con las manos, imitar gestos, hablar y escuchar, caminar, correr, entre otras. Se considera un “fallo absoluto” cuando un niño no puede realizar una habilidad esperada para su grupo de edad, aunque la presencia de este no significa necesariamente que haya un problema de desarrollo.

Podemos apreciar como en el estudio de Albacete las alteraciones del cariotipo (**Tabla XIII**) son relativamente bajas siendo solo un 3,45% en comparación con la literatura consultada que el valor de las alteraciones genéticas llega hasta el 15% de los casos.

El seguimiento de los pacientes una vez diagnosticados se suele realizar principalmente en las consultas de Atención Primaria, neuropediatría y, sobre todo, por los Equipos de Atención Temprana que están conformado por especialistas que acompañan a las familias con el objetivo de planificar e implementar apoyos que satisfagan las necesidades específicas de cada niño con dificultades para su desarrollo o con factores de riesgo que aparezcan.

Por todo esto es muy importante la detección precoz de síntomas, el diagnóstico y el abordaje por los Equipos de Atención Temprana con el fin de evitar las secuelas significativas de los trastornos de espectro autista.

Bibliografía

1. Hervás A, Maristany M, Salgado M, Santos LS. Los trastornos del espectro autista. Available online: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2012-12/los-trastornos-del-espectro-autista/> (accessed on 14 April 2023).
2. García-Franco A, Alpizar-Lorenzo OA, Guzmán-Díaz G. Autismo: Revisión Conceptual. Bol Científico Esc Super Atov tonilco Tula. 5 de enero de 2019;6(11):26-31.
3. Martín Del Valle F, García Pérez A, Losada R, Pozo D. Trastornos del espectro del autismo Proton diagn ter pediatr. 2022;1:75-83. Available online: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/08.pdf> (accessed on 14 April 2023).
4. Vázquez-Villagrán LL, Moo-Rivas CD, Bautista EM-, Magriñá-Lizama JS, Méndez-Domínguez NI. Revisión del trastorno del espectro autista: actualización del diagnóstico y tratamiento. Revista Mexicana de Neurociencia. Septiembre-Octubre, 2017; 18(5):31-45 Available online: [https://previous.revmedneurociencia.com/wp-content/uploads/2017/09/RevMexNeuroci_2017_18\(5\)-31-45-\(R\).pdf](https://previous.revmedneurociencia.com/wp-content/uploads/2017/09/RevMexNeuroci_2017_18(5)-31-45-(R).pdf) (accessed on 14 April 2023).

Conclusiones

1. Los cuadros de Trastorno del Espectro autista se encuentran en fase de incremento en cuanto a su incidencia y prevalencia, influidos seguramente por la nueva clasificación del DSM-V y el incremento de la sensibilidad hacia estos cuadros.
2. Cuando se detectan tarde pueden estar evolucionados estos trastornos siendo más severos y difíciles de reconducir.
3. Por tanto, es prioritario la detección y diagnóstico precoz para una atención temprana.
4. Recientemente están proliferando los equipos de Atención temprana formados por psicólogos, educadores, rehabilitadores, trabajadores sociales e incluso la propia familia encargados del abordaje precoz con el fin de minimizar las secuelas.

Conflicto de intereses

Ninguno.

5. Reynoso C, Rangel MJ, Melgar V. El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55(2):214-22 Available online: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172n.pdf> (accessed on 14 April 2023).
6. Rojas V, Rivera A, Niño N. Actualización en diagnóstico e intervención temprana del Trastorno del Espectro Autista. Rev Chil Pediatr. 2019;90(5):478-84
7. Ortuño D, Alejandra D. Autora: Dra. Denny Alejandra Durandal Ortuño. AUTISMO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ACTUALIZACIÓN. CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA. DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE Available online: <https://psicoadolescencia.com.ar/docs/7/final081.pdf> (accessed on 14 April 2023).
8. García Tabuena P. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA). Anuario del Centro de la Universidad Nacional de Educación a Distancia en Calatayud. N.º 22, pp. 149-162, 2016 Available online: <http://www.calatayud.uned.es/web/actividades/revista-anales/22/03-04-PatriciaGarcíaTabuena.pdf> (accessed on 14 April 2023).

9. American Psychiatric Association APA. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Available online:
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf> (accessed on 14 April 2023).
10. Shahraki F, Hassani-Abharian P. Evaluation the effectiveness of the cognitive rehabilitation therapy model for improvement executive functions in high- functions autistic children, by using neuroimaging, neuropsychological and molecular genetics technique. *Academic Journal of Health Sciences*. 2022/37 (2): 146-52. doi: 10.3306/AJHS.2022.37.02.146
11. Canal Bedia R, García Primo P, Touriño Aguilera E, Santos Borgujo J, Martín Cilleros MV, Ferrari MJ, et al. La detección precoz del autismo. *Psychosocial Intervention* 2006; 15(1):29-47.
12. Pasalic A, Memisevic H. Executive Functions Profiles in Preschool Children with Autism Spectrum Disorder. *Academic Journal of Health Sciences*. 2023/38 (3): 44-51. doi: 10.3306/AJHS.2023.38.03.52
13. Málaga I, Blanco Lago R, Hedrera-Fernández A, Álvarez-Álvarez N, Oreña-Ansonera VA, Baeza-Velasco M. Prevalencia de los trastornos del espectro autista en niños en Estados Unidos, Europa y España: coincidencias y discrepancias. *Med B Aires*. abril de 2019;79(1):4-9.
14. Fajardo KAM, Álvarez DES, Zambrano VPP. Perfil epidemiológico del autismo en Latinoamérica Epidemiological profile of autism spectrum disorder in Latin America. *Salud & Ciencias Médicas* 2021; Vol. 1 Núm. 2
- Available online:
<https://saludycienciasmedicas.uleam.edu.ec/index.php/salud/article/view/25> (accessed on 14 April 2023).
15. Lampert-Grassi M. Trastorno del Espectro Autista. Epidemiología, aspectos psicosociales, y políticas de apoyo en Chile, España y Reino Unido. En Biblioteca Nacional del Congreso de Chile/Asesoría técnica parlamentaria. 2018
Available online:
https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/25819/1/BCN__Politicas_de_apoyo_al_espectro_autista_FINAL.pdf (accessed on 14 April 2023).
16. Mora Torero, B. Perfil Clínico y Epidemiológico del Trastorno del Espectro Autista en Personas, Asociación ASPAU, TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE: Médico Cirujano
Available online:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/65381/Mora_TB-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y (accessed on 14 April 2023).
17. Inchausti VDZ. Características Clínicas y Epidemiológicas de los Pacientes con Trastorno del Espectro Autista en El Instituto Nacional de la Salud del Niño. TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO.
Available online:
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4688/zegarra_ivd.pdf?sequence=1&isAllowed=y (accessed on 14 April 2023).