

COMENTARIOS

¿Identificación precoz de los niños con autismo?

La normativa elaborada por el Council on Children with Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee y Medical Home Initiatives for Children with Special Needs Project Advisory Committee, titulada "Identificación de los lactantes y niños pequeños con trastornos del desarrollo: Un algoritmo para el control y el cribado del desarrollo", publicada en el número de julio de *Pediatrics*, subraya la importancia del control continuado del desarrollo en todos los niños durante las visitas de cuidados preventivos¹. La identificación precoz de los problemas del desarrollo y la intervención también precoz mejoran los resultados y alivian la ansiedad de los padres^{2,3}. Ello es particularmente importante en los niños con trastornos del espectro autista (TEA), que pueden conseguir unos claros beneficios en su desarrollo mediante la intervención precoz^{4,5}. Aunque la media de edad en que se diagnostican los TEA ha disminuido⁶, muchos niños no reciben todavía un diagnóstico definitivo de autismo hasta los 3½-4 años de edad^{7,8}.

En la normativa se recomienda el control de los problemas del desarrollo en todas las visitas preventivas, así como la aplicación sistemática de una prueba de cribado general a los 9, 18 y 30 meses, además de una prueba específica para el autismo a los 18 meses. De todos modos, aunque apoyamos la recomendación de efectuar dicho cribado específico para el autismo a los 18 meses, en nuestra opinión debería repetirse a los 24 meses de edad, ya que esta repetición es importante por varios motivos. Dado que se trata de una visita programada en la pauta establecida por la AAP, es probable que sea financiada por una tercera parte pagadora. La mayoría de los progenitores de niños con TEA empiezan a preocuparse hacia los 17-19 meses de edad, pero no acuden al médico hasta los 21-25 meses⁹. Se observa regresión en $\geq 25\%$ de los niños con autismo. Debido a que la edad media en que los padres informan sobre la regresión autista es de 20 meses¹⁰, estos casos pueden pasar por alto si no se repite el cribado específico para el autismo a los 24 meses. Debido a que la sensibilidad máxima de los parámetros específicos para el autismo disponibles actualmente es de 0,85 a 0,92, es probable que la repetición del cribado a los 24 meses aumente las

probabilidades de identificar los casos que pasaron desapercibidos a los 18 meses^{11,12}. En todas estas situaciones, el cribado a los 18 meses puede dejar sin diagnóstico a niños con TEA, debido a que los padres no han sentido preocupación o no han advertido los signos de regresión.

Aunque el control sistemático habitual es valioso para descubrir pronto los trastornos del desarrollo, puede pasar por alto a niños con TEA, a menos que los pediatras indaguen específicamente sobre los problemas y realicen observaciones acerca de la reciprocidad social de los niños en todas las visitas preventivas y se aseguren de que los niños emplean intencionada y apropiadamente las habilidades lingüísticas adquiridas, en vez de hacerlo de un modo repetitivo o atípico. Aunque apoyamos la recomendación de la normativa en el sentido de que debe realizarse el cribado específico para el autismo a cualquier edad en que el control sistemático habitual revele la posibilidad de un TEA, deseamos reiterar que el cribado específico debe realizarse sistemáticamente a los 18 y 24 meses.

Es posible que la recomendación de efectuar un cribado del desarrollo con una prueba general o específica en la visita de los 30 meses no sea un método eficaz, incluso aunque las terceras partes pagadoras reconozcan que se trata de una visita importante para el reembolso, y los pediatras modifiquen su pauta actual y programen sistemáticamente una visita de control a dicha edad. El retraso del cribado hasta los 30 meses puede diferir también la intervención precoz, debido a que el límite superior de inclusión en el sistema de intervención precoz es de 36 meses. Cuando se valora a un niño identificado a los 30 meses, su edad puede ser excesiva para valorarlo y asistirlo mediante un programa de intervención precoz. El esperar hasta los 36 meses para la valoración en un sistema local de educación especial retrasaría aún más una intervención potencialmente importante. Mientras que el cribado único a los 18 meses podría dar una falsa sensación de seguridad, la repetición de un cribado específico para el autismo permitiría detectar a los niños cuyos síntomas no eran manifiestos a los 18 meses, o que todavía no habían experimentado la regresión.

En resumen, aunque nosotros, en calidad de miembros del Autism Expert Panel of the AAP*, coincidimos con los autores de la normativa en el sentido de que el cribado general del desarrollo cumple una función importante de la asistencia preventiva, y que es probable que el control general del desarrollo alerte al médico sobre los síntomas del autismo en las visitas de puericultura, creemos que el cribado específico para el autismo debería repetirse sistemáticamente a los 24 meses de edad, o en cualquier visita cuando un progenitor manifieste preocupación a este respecto.

*El AAP Autism Expert Panel es un grupo formado en el AAP Medical Home Surveillance and Screening Program para desarrollar recursos y materiales sobre los trastornos del espectro autista. Los miembros del grupo son: Susan Hyman, MD, Co-chair; Chris Plauché Johnson, MEd, MD, Co-chair; James Bryant, MD; Barbara Byers; Vidya Bhushan Gupta, MD; Ronald Kallen, MD; Susan E. Levy, MD; Scott M. Myers, MD; Alan I. Rosenblatt, MD, y Marshalyne Yeargin-Allsopp, MD.

VIDYA BHUSHAN GUPTA, MD^a, SUSAN L. HYMAN, MD^b,
CHRIS PLAUCHÉ JOHNSON, MD, MD^c, JAMES BRYANT, MD^d,
BARBARA BYERS^e, RONALD KALLEN, MD^f, SUSAN E. LEVY, MD^g,
SCOTT M. MYERS, MD^h, ALAN I. ROSENBLATT, MDⁱ,
Y MARSHALYN YEARGIN-ALLSOPP, MD^j

^aNew York Medical College, Valhalla, Nueva York;

^bUniversity of Rochester School of Medicine and Dentistry,
Rochester, Nueva York, Estados Unidos; ^cUniversity of Texas
Health Sciences Center, San Antonio, Texas, Estados Unidos;

^dOhio Bureau of Children with Medical Handicaps, Columbus,
Ohio, Estados Unidos; ^eAnn Arbor Families for Autistic
Children's Education and Support, Ann Arbor, Michigan,
Estados Unidos; ^fChildren's Memorial Hospital/Feinberg
School of Medicine, Northwestern University, Chicago, Illinois,
Estados Unidos; ^gUniversity of Pennsylvania School of
Medicine, Philadelphia, Pensilvania; ^hGeisinger Medical
Center, Danville, Pensilvania, Estados Unidos; ⁱNational Center
on Birth Defects and Developmental Disabilities, Centers for
Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia,
Estados Unidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee and Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. Identifying infants and young children with developmental disorders: an algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics*. 2006;118:1-16.
2. Bailey DB, Hebbeler K, Spiker D, Scarborough A, Mallik S, Nelson L. Thirty-six-month outcomes for families of children who have disabilities and participated in early intervention. *Pediatrics*. 2005;116:1346-52.
3. Guralnick M. The Effectiveness of Early Intervention. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co; 1997.
4. Harris SL, Handeleman JS. Age and IQ at intake as predictors of placement for young children with autism: a four-to six-year follow up. *J Autism Dev Disord*. 2000;30:137-42.
5. National Research Council. Committee on Interventions for Children With Autism. *Educating Children With Autism*. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
6. Howlin P, Moore A. Diagnosis in autism: a survey of over 1200 participants in the UK. *Autism*. 1997;1:135-62.
7. Howlin P, Asgharian A. The diagnosis of autism and Asperger syndrome: findings from a survey of 770 families. *Dev Med Child Neurol*. 1999;41:834-9.
8. Mandell DS, Listerud J, Levy SE, Pinto-Martin JA. Race differences in the age at diagnosis among medicaid-eligible children with autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41:1447-53.
9. Coonrod E, Stone WL. Early concerns of parents of children with autistic and non-autistic disorder. *Infants Young Child*. 2004;17:258-68.
10. Luyster R, Richler J, Risi S, et al. Early regression on social communication in autistic spectrum disorders: a CPEA study. *Dev Neuropsychol*. 2005;27:311-36.
11. Williams J, Brayne C. Screening for autism spectrum disorders: what is the evidence? *Autism*. 2006;10:11-35.
12. Robins DL, Dumont-Mathieu TM. Early screening for autism spectrum disorders: update on the Modified Checklist for Autism in Toddlers and other measures. *J Dev Behav Pediatr*. 2006;27(2 suppl):S111-9.