

# Sospecha de trastornos del neurodesarrollo en pacientes atendidos en un hospital pediátrico. Estudio descriptivo

María Noel Seoane<sup>1</sup>

## Resumen

**Introducción:** Las consultas por sospecha de trastornos del neurodesarrollo (TND) aumentaron. Su identificación temprana podría mejorar la derivación oportuna del pediatra.

**Objetivo:** Describir las características clínico - epidemiológicas de pacientes derivados para evaluación del desarrollo en un hospital pediátrico.

**Material y método:** Estudio retrospectivo. Pacientes de 1 a 13 años asistidos para evaluación del neurodesarrollo.

**Resultados:** Se incluyeron 188 pacientes, edad  $3,9 \pm 1,6$  años, 78,2 % varones. En 127 el TND se manifestó antes de los 2 años y la edad promedio de la primera consulta fue 4 años. El motivo de consulta más frecuente fue retraso en la adquisición del lenguaje (36 %). El 33,5 % fue derivado por pediatra. El 43 % presentó diagnóstico de trastorno del espectro del autismo (TEA).

**Conclusión:** El TND más frecuente fue TEA. La edad promedio de derivación fue de 4 años.

**Palabras clave:** trastornos del neurodesarrollo; autismo; trastorno del espectro autista; trastornos del desarrollo del lenguaje

## Introducción

El aumento de consultas por sospecha de trastornos del neurodesarrollo (TND) se ve reflejado a diario en los servicios de salud de todos los niveles de atención. Recientemente se ha publicado un aumento de la incidencia mundial de los trastornos del espectro del autismo (TEA)<sup>1</sup>.

Conocer la prevalencia de TND permite poner en perspectiva la necesidad de seguir formando a pediatras en la detección y derivación oportuna y nos podría permitir sistematizar la aplicación de métodos de pesquisa adecuados ya que la identificación temprana de los TND mejora las intervenciones y los pronósticos en la evolución del desarrollo<sup>2,3</sup>.

El objetivo de este estudio fue describir las características clínico-epidemiológicas de pacientes derivados para evaluación del desarrollo en el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

Correspondencia: Dra. María Noel Seoane. noelseoane@yahoo.com.ar  
Trabajo recibido el 5 marzo 2025 y aprobado el 27 junio 2025

<sup>1</sup> Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

## Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron los registros médicos de todos los pacientes de 12 meses a 13 años, atendidos en el consultorio de neurodesarrollo y que tuvieran evaluación completa (3 encuentros o más), desde noviembre de 2019 a mayo de 2023. Todos fueron atendidos por el mismo profesional.

Evaluaciones: en niños de 18 a 72 meses se utilizó el test de aprendizaje y desarrollo infantil (TADI), y en mayores hora de juego libre; se administraron cuestionarios estructurados completados por la escuela y familias (BRIEF; SNAP-IV); junto con informes de evaluación de otros profesionales (fonoaudiología, psicología y psicopedagogía (WISC- IV o V, VINELAND). Se realizó la entrevista para el diagnóstico de autismo revisada (ADI-R) según correspondiera. Se registró edad del paciente, domicilio, edad materna, número de hermanos, antecedente de prematurez, comorbilidades, el tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas referidos por el familiar y la consulta, el motivo de derivación y la especialidad que realiza derivación.

Las variables categóricas se expresaron como porcentajes con sus intervalos de confianza del 95 % (IC95%) y las variables cuantitativas como media o mediana y sus respectivas medidas de dispersión de acuerdo con la distribución de la muestra.

Protocolo aprobado por el Comité de Ética en Investigación institucional (Nro. 10.076).

## Resultados

Se incluyeron 188 pacientes, 78,2 % eran varones. La edad promedio en la primera consulta fue  $47,4 \pm 19,6$  meses (varones  $49,7 \pm 20,3$  meses y mujeres  $39,1 \pm 14,4$  meses). El 19,7 % tenía antecedente de prematurez. En el 67,5 %, la alteración del neurodesarrollo se había manifestado antes de los 2 años. El 70 % residía en la provincia de Buenos Aires (Tabla 1).

Los servicios que derivaron pacientes para su evaluación fueron pediatría 33,5 %, neurología 29 %, fonoaudiología 10 % y otros (Tabla 1).

Los motivos de consulta referidos por los padres fueron: retraso en la adquisición del lenguaje 36 %; sospecha de autismo 31,9 %; retraso en pautas del desarrollo 13,3 %; y otros. El 25 % presentaban comorbilidad (Tabla 1).

En 151 pacientes se realizó la evaluación del desarrollo a través del TADI, observando que 81 (42,9 %) obtuvieron un coeficiente de desarrollo (CD) en categoría retraso, 35 (18,6 %) en categoría riesgo, 26 (13,8 %) no se dieron las condiciones para la toma, y 9 (4,8 %) CD normal (Tabla 2).

Se administraron 37 ADI-R (24 conjuntamente con TADI). Sobre los 24 sujetos que se les administró TADI y ADI-R se observó que 12 presentaban CD en retraso, 10 presentaron falta de condicionamiento al test, y 2 presentaron categoría de riesgo (Tabla 2).

Los diagnósticos más frecuentes fueron TEA en 80 pacientes (42,5 %), de los cuales en 17 se acompañaba de otro TND. En 30 (15,9 %) se observó retraso global del desarrollo (RGD). Hubo 6 pacientes con diagnóstico de déficit intelectual (DI) acompañando otros TND. Los trastornos del lenguaje y la comunicación (TDL) incluyeron a 55 niños (29,2 %), siendo el TDL puro en 38 de ellos y en 17 asociado a otro TND, 9 pacientes presentaron diagnóstico de retraso del desarrollo del lenguaje y 6 pacientes de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (3,2 %) (Tabla 2).

## Discusión

Los TND son una problemática frecuente y creciente en la población infantil y requieren un abordaje temprano, dado que el cerebro del niño se encuentra permeable a las intervenciones.

En este estudio, el diagnóstico más frecuente fue TEA.

La prevalencia mundial del autismo en niños oscila alrededor de 1-2%<sup>3</sup>, sin embargo, en el informe semanal de morbilidad y mortalidad (MMWR) del centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC), de Estados Unidos, 1 de cada 36 niños de 8 años (4 % niños y 1 % niñas) presentan sintomatología autista<sup>1</sup>. Kim y col. describen una prevalencia de 2,6 % en Corea del Sur<sup>4</sup>. La ampliación en los criterios diagnósticos (presentándose como un espectro de amplia variabilidad dimensional, en lugar de categórica), junto con el perfeccionamiento de las técnicas de evaluación podrían ser una de las causas del incremento de la prevalencia<sup>5</sup>.

En edades tempranas el TDL muestra similitud clínica con el TEA. La prevalencia de los TDL se sitúa en un 7 % de la población en edad escolar<sup>6</sup>, manteniéndose estable a lo largo de los últimos años. Con una frecuencia ligeramente mayor en varones (1,2 vs. 1 respectivamente). La diferencia en la prevalencia de TEA y TDL podría explicarse por el concepto de "migración diagnóstica" entre estas entidades a lo largo de la infancia<sup>7</sup>.

Habitualmente la edad promedio en que un niño recibe un diagnóstico de TEA es entre los 4 y 5 años, coincidiendo con los resultados de este estudio<sup>8</sup>. La Academia Estadounidense de Pediatría recomienda una vigilancia continua del desarrollo durante las visitas de control del niño sano, además de exámenes de detección de TEA a los 18 y 24 meses de edad<sup>9,10</sup>. Concurrentemente con las recomendaciones locales de la Sociedad Argentina de Pediatría<sup>11</sup>. A pesar del aumento de casos de TEA, la edad del diagnóstico no ha disminuido. Leader y col. observaron que en los niños con diagnóstico de TEA y DI, fueron diagnosticados 23 meses antes que los niños sin DI. Esto podría explicarse por la presencia de síntomas más graves<sup>8</sup>.

El RGD, presenta una prevalencia de 1-3 % en la población y las formas graves se estiman en un 0,5 %, siendo más frecuente en varones<sup>12</sup>. El DI se origina antes de los 18 años (RGD en etapas tempranas).

El término DI en individuos se aplica a aquellos que previamente fueron diagnosticados con retraso mental, siendo su incidencia en la población mundial de 1 a 3%. Sus formas leves son las más frecuentes (80%)<sup>13</sup>. En la población analizada la suma de los pacientes con RGD y DI alcanzan el 19,1 %. Relacionando un aumento de la incidencia en esta muestra por la presencia de factores de riesgo para DI (prematurez, epilepsia, síndromes genéticos, factores ambientales) y las comorbilidades diagnósticas (TEA, TDL y trastornos de la conducta).

Tanto en RGD como en DI, la prevalencia encontrada en los países de bajos y de medios ingresos, tienden a ser casi el doble que en los países de ingresos altos<sup>14</sup>. En Brasil, según censo 2010, el 1,4 % de la población tiene algún grado de DI.

La prevalencia global del TDAH oscila en 5 %, estudios recientes sugieren un aumento de estas cifras<sup>3</sup>. Danielson, describe una prevalencia del 8,4 % entre niños de 2 a 17 años, y Cho, encontró en edad escolar, en Corea del Sur, una prevalencia del 8,7 % (11,7 % niños y 5,2 % en niñas)<sup>3</sup>. Los datos son similares a los hallados en este estudio.

Con respecto a los factores de riesgo, el 19 % de pacientes presentaron antecedentes de prematurez, coincidiendo con datos publicados en España<sup>15</sup>, donde un 16 % de prematuros presentaron riesgo del desarrollo psicomotor y un 39 % retraso del lenguaje expresivo.

Las preocupaciones de los padres acerca del retraso del desarrollo se confirmaron en un 90%. Según Glascoe, la preocupación paterna con respecto al desarrollo del lenguaje alcanza una sensibilidad del 72 % con respecto al diagnóstico y una especificidad del 83 %<sup>16</sup>; datos coincidentes con los observados en nuestra población, cuando analizamos los motivos de consulta.

Las debilidades del estudio se centran en que la población incluida se limita a la atención de un solo profesional. El acceso a pruebas estandarizadas dependientes de otros servicios se vio afectada por la alta demanda, debiendo referenciar a algunos pacientes a centros cercanos a sus domicilios para complementar su

evaluación, generando, posiblemente retraso en el inicio de las intervenciones adecuadas.

### Conclusión

En la población estudiada el TND más frecuente fue TEA. La edad promedio de derivación fue de 4 años, siendo necesario lograr intervenciones más tempranas.

**Tabla 1: Características de la población estudiada**

|                                                  | N           | % (IC95%)          |
|--------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| <b>Datos demográficos</b>                        |             |                    |
| Sexo V                                           | 147         | 78,2 (71,7 – 83,5) |
| M                                                | 41          | 21,8 (16,5 – 28,2) |
| Edad de consulta (meses)*                        | 47,4 ± 19,6 |                    |
| Prematuros                                       | 37          | 19,7 (14,6 – 25,9) |
| Edad primera manifestación (años)*               | 2 ± 1,1     |                    |
| Manifestación en ≤ 2 años                        | 127         | 67,5 (60,6 – 73,8) |
| Domicilio provincia de Bs. As.                   | 131         | 69,7 (62,7 – 75,8) |
| Domicilio Ciudad Autónoma de Bs. As              | 57          | 30,3 (24,2 – 37,2) |
| Edad de la madre (años)*                         | 31,7 ± 6,5  |                    |
| <b>Datos demográficos</b>                        |             |                    |
| Pediatría                                        | 63          | 33,5 (27,1 – 40,5) |
| Neurología                                       | 54          | 28,7 (22,7 – 35,5) |
| Fonoaudiología                                   | 18          | 9,6 (6,1 – 14,6)   |
| Servicios de alto y mediano riesgo               | 14          | 7,4 (4,5 – 12,1)   |
| Escuelas o centros primera infancia              | 8           | 4,2 (2,2 – 8,1)    |
| Inquietud directa de padres                      | 6           | 3,2 (1,5 – 6,8)    |
| Consejo de niñas, niños y adolescentes / juzgado | 2           | 1,1 (0,2 – 3,8)    |
| Otros                                            | 23          | 12,2 (8,3 – 17,7)  |
| <b>Motivo de la consulta**</b>                   |             |                    |
| Retraso en adquisición del lenguaje              | 68          | 36,2 (29,6 – 43,2) |
| Sospecha de autismo                              | 60          | 31,9 (25,6 – 38,9) |
| Retraso del desarrollo                           | 25          | 13,3 (9,2 – 18,9)  |
| Derivación específica para evaluación ADI-R      | 11          | 5,9 (3,3 – 10,2)   |
| Paciente de alto riesgo                          | 9           | 4,8 (2,5 – 8,8)    |
| Dificultades de atención                         | 8           | 4,2 (2,2 – 8,1)    |
| Dificultades de aprendizaje                      | 4           | 2,1 (0,1 – 5,3)    |
| Dificultades de conducta                         | 2           | 1,1 (0,2 – 3,8)    |
| Alteraciones de la comunicación                  | 1           | 0,5 (0,1 – 2,9)    |
| <b>Comorbilidades</b>                            |             |                    |
| Alteración SNC                                   | 8           | 4,2 (2,2 – 8,1)    |
| Síndromes genéticos                              | 5           | 2,6 (1,1 – 6,1)    |
| Epilepsia                                        | 4           | 2,1 (0,1 – 5,3)    |
| Otras                                            | 31          | 16,4 (11,8 – 22,4) |
| Sin comorbilidades                               | 140         | 74,4 (67,8 – 80,1) |

\* Promedio ± desvío estándar

\*\*Algunos pacientes tenían más de un motivo de consulta

Tabla 2. Resultados Diagnósticos

|                                 | N   | % (IC95%)            |
|---------------------------------|-----|----------------------|
| <b>TADI</b>                     |     |                      |
| CD retraso                      | 81  | 53,6 % (45,7 – 61,4) |
| CD riesgo                       | 35  | 23,2 % (17,2 – 30,5) |
| No condicionaron                | 26  | 17,3 % (12,1 – 24,1) |
| CD normal                       | 9   | 5,9 % (3,2 – 10,9)   |
| Total:                          | 151 | 100 %                |
| <b>ADI-R</b>                    |     |                      |
| Positivo                        | 37  | 100                  |
| Negativos                       | 0   |                      |
| Total                           | 37  | 100                  |
| <b>Diagnósticos principales</b> |     |                      |
| TEA                             | 63  | 33,5 % (27,1 – 40,5) |
| TDL                             | 38  | 20,2 % (15,1 – 26,5) |
| RGD                             | 30  | 15,8 % (11,4 – 21,8) |
| TEA + otro TND                  | 17  | 9,1 % (5,7 – 14,1)   |
| TDL + otro TND                  | 17  | 9,1 % (5,7 – 14,1)   |
| RDL                             | 9   | 4,8 % (2,6 – 9,7)    |
| TDAH                            | 6   | 3,2 % (1,5 – 6,8)    |
| TDAH + otro TND                 | 3   | 1,6 % (0,5 – 4,8)    |
| Otros TND (TDC; DI)             | 3   | 1,6 % (0,5 – 4,8)    |
| Neurotípicos                    | 2   | 1,1 % (0,2 – 3,8)    |
| Total                           | 188 | 100                  |

TADI: test de aprendizaje de desarrollo infantil; CD: coeficiente de desarrollo; ADI-R: entrevista para el diagnóstico de autismo revisada; TEA: trastornos del espectro del autismo; RGD: retraso generalizado del desarrollo; TDL: trastorno del desarrollo del lenguaje; TND: trastorno del neurodesarrollo; TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad; RDL: retraso del desarrollo del lenguaje; TDC: trastorno del desarrollo de la coordinación motora; DI: discapacidad intelectual

## Referencias

1. CDC. Comunicado Prensa: Prevalencia del autismo más alta, según los datos de 11 comunidades de la Red de ADDM (marzo 2023). Disponible en: [https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p\\_autismo\\_032323.html](https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_autismo_032323.html)
2. Grañana N. Manual de intervención para Trastornos del desarrollo en el Espectro Autista Enfoque neuropsicológico. 1ra ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Imprenta de libros. 2022
3. Maciver D, Rutherford M, Johnston L, Roy AS. Prevalence of neurodevelopmental differences and autism in Scottish primary schools 2018-2022. *Autism Res.* 2023 Dec;16(12):2403-2414. doi: 10.1002/aur.3063.
4. Turker S, Pu D, Ballard K. Pragmatic skills and socio-emotional needs in children with developmental language disorder. *Babylonia.* 2021 Aug 25;2:52-58.
5. Harwell C, Bradley E. Caring for Children with Autism in the Emergency Department. *Pediatric Annals.* 2019 Aug;48(8):e333-e336. DOI: 10.3928/19382359-20190725-01. PMID: 31426102.
6. Seldas R. El autismo en el siglo XXI. En: *Autismo: Teorías explicativas actuales*. Ed. Alianza; 2017
7. Vacas Ruiz J, Antolí Cabrera A, Sánchez-Raya A, Pérez-Dueñas C, Cuadrado Hidalgo F. Migración diagnóstica entre Trastorno Específico del Lenguaje y Trastorno del Espectro Autista: Estudio exploratorio del impacto en los Centros de Atención Infantil Temprana. *Rev. investig. logop.* [Internet] 2021; 11(Especial):77-88. Disponible en: <https://doi.org/10.5209/rlog.70221>
8. Leader G, Hogan A, Chen JL, et al. Age of Autism Spectrum Disorder Diagnosis and Comorbidity in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Developmental Neurorehabilitation* 2021; 25(1): 29–37. doi: 10.1080/17518423.2021.1917717.
9. Amit G, Bilu Y, Sudry T, et al. Early Prediction of Autistic Spectrum Disorder Using Developmental Surveillance Data. *JAMA Netw Open.* 2024 Jan 2;7(1):e2351052. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.51052.
10. Monteiro SA, Dempsey J, Berry LN, et al. Screening and Referral Practices for Autism Spectrum Disorder in Primary Pediatric Care. *Pediatrics.* 2019; 144(4):e20183326
11. Cortez Bellotti de Oliveira M, Contreras MM. Diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista en edad temprana (18-36 meses). *Arch argent pediatr.* 2007; 105(5): 418-426.
12. González G, Raggio V, Boidi M, Tapié A, Roche L. Avances en la identificación etiológica del retraso mental [Advances in the identification of the aetiology of mental retardation]. *Rev Neurol.* 2013; 57(1):S75-S83. PMID: 23897159.
13. Ke X, Liu J. Discapacidad intelectual. En: Rey JM (ed). *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines; 2017.
14. Gusmão Melo D, Pilotto RF, Araújo Rodrigues S, Retto da Silva de Avó L, Germano CM. Investigación etiológica en las situaciones de discapacidad intelectual o retraso global del desarrollo. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano.* 2018; 6(3):73-85
15. García Reymundo MG, Hurtado Suazo JA, Calvo Aguilar MJ, et al. Recomendaciones de seguimiento del prematuro tardío. En: *Sociedad Española de Neonatología* [en línea]. Disponible en [www.se-neonatal.es](http://www.se-neonatal.es).
16. Colomer Revuelta, J. Galbe Sánchez-Ventura J. Atención orientada al desarrollo y supervisión del desarrollo psicomotor. En *Recomendaciones PrevInfad / PAPPs* [en línea]. Actualizado mayo 2013.