

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista
en Niños y Adolescentes

GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Unidad de Atención Integral Especializada

Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub
Especialidades - Psiquiatría



Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<ul style="list-style-type: none">Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades - Psiquiatría	<ul style="list-style-type: none">Unidad de Atención Integral EspecializadaSub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub EspecialidadesUnidad de Gestión de la Calidad	<p>Dra. Elizabeth Zulema Tomas Gonzales de Palomino</p> <p>Directora General del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja</p>



**Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista
en Niños y Adolescentes**

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN
NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Índice

I	<u>Finalidad</u>	4
II	<u>Objetivo</u>	4
III	<u>Ámbito de Aplicación</u>	4
IV	<u>Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista</u>	4
4.1.-	Nombre y Código.....	4
V	<u>Consideraciones Generales</u>	5
5.1	Definición	5
5.2	Etiología.....	5
5.3	Fisiopatología.....	6
5.4	Aspectos Epidemiológicos.....	7
5.5	Factores de Riesgo Asociado.....	8
5.5.1	Medio Ambiente.....	8
5.5.2	Estilos de Vida.....	8
5.5.3	Factores hereditarios.....	8
VI	<u>Consideraciones Específicas</u>	9
6.1	Cuadro Clínico	9
6.1.1	Signos y Síntomas.....	11
6.1.2	Interacción cronológica.....	15
6.1.3	Gráficos diagramas o fotografías.....	15
6.2	Diagnóstico.....	15
6.2.1	Criterios de diagnóstico.....	15
6.2.2	Diagnóstico diferencial.....	18
6.3	Exámenes Auxiliares.....	20
6.3.1	De Patología clínica.....	20
6.3.2	De imágenes.....	20
6.3.3	De exámenes especiales complementarios.....	21
6.4	Manejo según nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva.....	21
6.4.1	Medidas Generales y Preventivas.....	21
6.4.2	Terapéutica.....	21
6.4.3	Efectos adversos o colaterales del tratamiento.....	25



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

6.4.4 Signos de alarma.....	26
6.4.5 Criterios de Alta.....	26
6.4.6 Pronosticos.....	26
6.5 Complicaciones	27
6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia.....	27
6.7 Fluxograma.....	28
<u>VII Anexos</u>	29
<u>VIII Referencias Bibliográficas o Bibliografía</u>	34



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

I.-Finalidad

Contribuir con un instrumento técnico que oriente la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas con la mejor evidencia disponible, estandarizando acciones sobre la detección precoz, criterios clínicos de diagnóstico, tratamiento farmacológico, así como estrategias de intervención psicológicas para una atención oportuna e integral del Trastorno del Espectro Autista, que se presenta en los niños y adolescentes, en el marco de la mejora continua, seguridad y calidad de la atención de los pacientes del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

II.-Objetivo

Esta Guía de Práctica Clínica, tiene los siguientes objetivos:

- Unificar y estandarizar criterios de atención integral para evaluar y diagnosticar Trastornos del Espectro Autista en niños y adolescentes, brindando orientación basada en evidencia.
- Brindar a los profesionales de la salud recomendaciones sobre el Autismo, con el propósito de que ellos puedan atender e informar a los niños, adolescentes y padres de familia.
- Definir las pautas de manejo farmacológico para el Autismo que presenta el paciente.
- Contribuir al cumplimiento de los objetivos funcionales y estratégicos del INSN SB según la normatividad vigente del Ministerio de Salud.

III.-Ámbito de Aplicación

La presente Guía de Práctica Clínica, es de aplicación en la Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades, específicamente Psiquiatría y Psicología del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

Adicional, puede ser usado por las demás instituciones públicas de salud a nivel nacional que cuenten con la especialidad.



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

IV.-Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

4.1. NOMBRE Y CODIGO CIE 10

El Autismo se encuentra clasificado en el CIE-10 dentro de los TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO, clasificados en los códigos CIE 10 del F80-F89.

La presente Guía de Práctica Clínica, hace referencia principalmente a los Trastornos Generalizados del Desarrollo del Código CIE 10 F84, que a su vez comprenden:

- **AUTISMO EN LA NIÑEZ** **CIE 10: F84.0**
- **AUTISMO ATÍPICO** **CIE 10: F84.1**
- **SÍNDROME DE RETT** **CIE 10: F84.2**
- **OTRO TRASTORNO DESINTEGRATIVO DE LA INFANCIA** **CIE 10: F84.3**
- **TRASTORNO HIPERCINÉTICO CON TRASTORNO HIPERACTIVO ASOCIADO CON RETRASO MENTAL Y MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS** **CIE 10: F84.4**
- **SÍNDROME DE ASPERGER** **CIE10: F84.5**
- **OTROS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO** **CIE10: F84.8**
- **TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO SIN ESPECIFICACIÓN** **C IE10: F84.9**

V.-Consideraciones Generales

5.1. DEFINICIÓN

El Autismo es un trastorno neuropsiquiátrico crónico caracterizado por déficit en la interacción social, problemas para el uso del lenguaje, así como conductas repetitivas y restringidas, dentro de lo cual se incluyen restricciones sensoriales, que causan múltiples dificultades en la vida diaria de la persona afectada.

5.2. ETIOLOGÍA

El Autismo es considerado un síndrome heterogéneo, de etiología multifactorial, se conoce que existen varias causas genéticas, exposiciones intrauterinas a los anti convulsionantes

Fecha: Julio 2020	Código: GPC-02/INSNSB/UAIE/SUAIEPSE-PSIQUIATRIA- V.01	Página: 5 de 34
-------------------	---	-----------------

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

y factores perinatales asociados. Los factores genéticos juegan un papel importante, aunque pocos genes específicos se han descubierto. El Autismo es altamente heredable, contamos con estudios donde se estima una proporción de riesgo atribuible a factores genéticos en el 80% aproximadamente.

La susceptibilidad genética puede ser modulada por factores ambientales. Influencias ambientales establecidas como probables causas incluyen la exposición prenatal a la rubéola, talidomida y el ácido valproico.

Otros factores de riesgo no genéticos potenciales incluyen un parto prematuro, bajo peso al nacimiento, edad elevada de los progenitores. Aunque algunas personas con Autismo tienen respuestas inmunes disfuncionales, numerosos estudios epidemiológicos no han apoyado una relación causal entre la vacunación y el espectro autista.

5.3. FISIOPATOLOGÍA

Se han podido documentar alteraciones macroscópicas en los cerebros de niños con autismo, destacando un crecimiento en la corteza del lóbulo frontal y temporal, así como un aumento de volumen en la amígdala.

De forma microscópica, se ha observado una alteración en la distribución de las capas neuronales de diferentes áreas de asociación de la corteza cerebral, así como proliferación de dendritas y alteraciones en la formación de sinapsis, con zonas de hiper o hipo conectividad neuronal.

Funcionalmente, los encéfalos de los niños con Autismo se caracterizan por una disociación de las conexiones entre los centros de control y pequeños circuitos encargados de funciones cognitivas involucrados en el establecimiento de relaciones interpersonales, empatía y comunicación.

También se propone una disfunción de las neuronas “espejo”, cuya función implica la observación e imitación de movimientos o gestos de otros individuos.

Una de las teorías más difundidas es la que establece que existe una desregulación de señales excitatorias e inhibitoras dentro de diferentes circuitos neuronales, las cuales están reguladas por los neurotransmisores gaba y glutamato.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

La señalización neurotransmisora excitatoria, a través de los receptores de glutamato, modula las funciones cognitivas tales como la memoria y el aprendizaje, las cuales se encuentran alteradas generalmente en la tea. El glutamato, el principal neurotransmisor excitatorio, en concentraciones excesivas, puede actuar como una potente neurotoxina que conduce a la muerte neuronal y que puede jugar un papel relevante en la fisiopatología de algunos trastornos neuropsiquiátricos. Aunque el glutamato no cruza fácilmente la barrera hematoencefálica, la concentración de glutamato en la sangre y el sistema nervioso central están estrechamente correlacionados. Se ha reportado que la concentración plasmática de glutamato es significativamente más alta en niños con tea comparado con controles sanos y controles con discapacidad intelectual, lo cual ha sido corroborado en estudios post mortem en los que se han encontrado cambios anatómicos en la región del cerebelo y del hipocampo. Lo anterior apoya un papel importante de las alteraciones de la señalización por glutamato en la fisiopatología del autismo, no obstante, se requieren más estudios que permitan conocer desde un enfoque mecanístico las bases del origen del TEA.

Se ha sugerido, también, una relación entre la aparición de este trastorno con diferentes alteraciones cerebelosas. Se ha observado que los pacientes con tea tienen diferentes grados de hipoplasia y atrofia cerebelar, así como disminución en el número de células de Purkinje en dicha estructura, aunado a un volumen reducido del vermis.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Se calcula que uno de cada 160 niños tiene un Autismo. Esta estimación representa una cifra media, pues la prevalencia observada varía considerablemente entre los distintos estudios. No obstante, en algunos estudios bien controlados se han registrado cifras notablemente mayores. La prevalencia de Autismo en muchos países de ingresos bajos y medios es hasta ahora desconocida.

Según los estudios epidemiológicos realizados en los últimos 50 años, la prevalencia mundial de estos trastornos parece estar aumentando. Hay muchas explicaciones posibles para este aparente incremento de la prevalencia, entre ellas una mayor concienciación, la ampliación de los criterios diagnósticos, mejores herramientas diagnósticas y mejor comunicación.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

Representa según estadística del Instituto Nacional de Salud Mental del año 2013, un 8% del total de pacientes nuevos atendidos durante dicho año.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

5.5.1. Medio ambiente

Se han identificado asociaciones con diferentes factores ambientales que podrían interactuar con alteraciones genéticas e incrementar el riesgo de presentar la enfermedad. Muchos de ellos, se relacionan con alteraciones pre, peri y posnatales, los cuales impactan en el desarrollo cerebral durante los primeros meses de vida. Los factores más fuertemente asociados son la edad paterna y materna al momento de la concepción, así como la prematuridad; destacan la presencia de infecciones virales durante el embarazo (citomegalovirus, influenza, rubeola), obesidad y diabetes materna, asfixia perinatal, bajo peso al nacer, uso de fármacos anticonvulsivantes durante la gestación (valproato de magnesio), deficiencia de zinc, deficiencia de vitamina D, exposición a neurotóxicas, entre otros factores.

5.5.2. Estilos de vida

Si bien se sabe que el autismo tiene una alta carga genética y está asociado a diversos factores ambientales. Un entorno familiar en el que el paciente tenga poca estimulación y un pobre vínculo afectivo con sus padres y/o cuidadores pueden contribuir a que el niño tenga un pronóstico aún más desfavorable.

5.5.3. Factores hereditarios

En un porcentaje importante de casos existe una causa genética identificable, dicha causa está relacionada con el síndrome X frágil y la esclerosis tuberosa. Paralelo a ello, existen diferentes alteraciones cromosómicas, como variantes en el número de copias, traslocaciones o deleciones, así como mutaciones puntuales, mosaicismos poscigóticos y polimorfismos de un solo nucleótido que se han visto asociadas al desarrollo del TEA. Lo anterior ha llevado a que algunos autores clasifiquen al autismo como primario y secundario.

El autismo primario o idiopático es genéticamente inespecífico, con predominancia masculina, en 70% de los casos se acompaña de retraso mental y no presenta evidencias

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

de algún marcador biológico constante que permita identificar el trastorno. A pesar de ello, estudios recientes proveen información sobre una posible asociación con la duplicación de la región 15q11-q13, de 1% a 3%, en este loci se encuentran genes que codifican para receptores específicos para el ácido gamma amino-butírico (gaba).

El autismo secundario o sindromático, forma parte del espectro clínico de algunas afecciones neurológicas que frecuentemente cuentan con una base genética representan entre 10 y 30% de los casos.

Otro factor probablemente causal es la presencia de mutaciones en genes que codifican para neuropeptidos, especialmente la neuropeptidina 1 y 3, proteínas de membrana que tienen un papel importante en las sinapsis glutamérgicas excitatorias y en la interacción con los receptores del ácido α -amino-3-hidroxi-5-metilo-4-isoxazolpropiónico (ampa) para glutamato a nivel cerebeloso. Es probable que dichas mutaciones estén asociadas al patrón repetitivo de comportamiento que caracteriza al TEA, sin embargo, el entendimiento de su contribución sigue siendo incompleto.

VI.-Consideraciones Específicas

6.1. CUADRO CLÍNICO

Para el DSM-IV y la CIE 10, los criterios para el diagnóstico de autismo eran solo clínicos con un núcleo central en las definiciones, los trastornos del espectro autista (TEA) caracterizados por la alteración de 3 dominios del comportamiento o dimensiones:

- 1) La interacción social (alteración en la capacidad de socializarse),
- 2) El lenguaje, la comunicación capacidad de comunicación verbal y no verbal alterada), y
- 3) El Juego imaginativo, gama de intereses y actividades (patrones de comportamientos restringidos y repetitivos).

Una lista de criterios que deben estar presentes antes de los 36 meses de edad (para el diagnóstico de autismo o síndrome autista). El DSM-IV diferenció las cinco condiciones donde se debe contemplar el diagnóstico de autismo y corresponden a las siguientes categorías:

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

- ✓ Trastorno autista (TA).
- ✓ Trastorno del desarrollo no especificado.
- ✓ Síndrome / trastorno de Asperger.
- ✓ Síndrome de Rett.
- ✓ Trastorno desintegrativo de la niñez.

Dentro del conjunto de los TEA, los casos del trastorno autista (TA) son los más frecuentes y mejor definidos, el resto de TEA se confunde con otros trastornos como el retardo mental, trastornos del lenguaje, trastorno obsesivo compulsivo y esquizofrenia entre otros. Las herramientas de diagnóstico clínico desarrolladas sobre la base de criterios del DSMIV, intentaban separar el trastorno autista (TA) de las otras categorías, apelando a observaciones más objetivas (ADOS - Autism Diagnostic Observation y el ADI-R - Autism Diagnostic Interview-Revised entre otros). La actual versión del DSM, el DSM-V, consolidó conceptualmente el autismo, sustituyendo la denominación actual de trastornos generalizados del desarrollo por la de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Este cambio tiene un alcance que va más allá de una simple adecuación semántica del DSM-IV, como sustento a la reformulación de la clasificación está la lógica del planteamiento dimensional. Se conoce lo suficiente sobre el síndrome de Rett para definirlo como una enfermedad de base genética con algunos síntomas de los TEA y por tanto este se excluye.

En el caso del trastorno autista, el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno autista no especificado, no existen hasta ahora datos genéticos, neurobiológicos o cognitivos que permitan distinguirlos cualitativamente como entidades completamente diferenciadas o excluyentes, por esa razón, desaparecen las 5 categorías del DSM-IV.

Bajo el término 'trastornos del espectro autista' (TEA) se engloba un conjunto heterogéneo de alteraciones del neurodesarrollo cuya sintomatología definitoria incluye, además de un trastorno en el desarrollo socio comunicativo y un patrón restringido de actividades e intereses, otro tipo de manifestaciones clínicas que varían enormemente de un individuo a otro. Hay personas en las que el cuadro de autismo se acompaña de discapacidad intelectual, otras muestran una alteración grave en el desarrollo lingüístico, y otras, además, centran gran parte de su actividad espontánea en la realización repetitiva de conductas autoestimulatorias. Frente a eso, algunas personas, a pesar de compartir ese mismo

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

diagnóstico, presentan un alto potencial cognitivo, capacidades elaboradas de juego o habilidades lingüísticas acordes a su nivel de desarrollo cronológico (Síndrome de Asperger).

6.1.1. Signos y síntomas

Las características clínicas deben observarse en los ámbitos de: Sociabilidad, Juego, Impulsos y afectos, Lenguaje o Comunicación y patrón de habilidades cognitivas.

En los antecedentes se encuentra que los síntomas ya están presentes antes de los 30 meses de edad (presente desde el nacimiento).

Sabemos que los recién nacidos tienen un marcado interés en la interacción social, en los niños con Autismo el rostro humano es un objeto de poco interés. Los trastornos se pueden ver tempranamente en relación al apego y atención conjunta.

- **Alteraciones del Lenguaje y la comunicación**

El retraso en el desarrollo del lenguaje es la manifestación más común, muchos niños no llegan a hablar, manifiestan prosodia particular, dificultades en la comprensión, pragmática y ecolalia frecuente. La ausencia de lenguaje es preocupación principal de los padres en las consultas neurológicas. No comprenden bromas, ironías.

- **Ausencia o Déficit del Juego Simbólico**

Presentan dificultades en el juego simbólico y dificultades en el cambio de rutina. Las características conductuales de un niño autista se ven claramente reflejadas en la pobreza de su juego, manipulan juguetes en vez de jugar con ellos, pueden llegar a ser capaces de realizar algún juego imaginativo, pero suele ser la repetición de un “escenario aprendido”.

- **Disfunciones de la Interacción Social**

En relación a la sociabilidad a algunos niños los irrita el contacto físico, otros se aproximan colgándose a los brazos de familiares o extraños. Prefieren a los adultos más que a niños de su edad, su sociabilidad es indiscriminada y tienen ausencia de ansiedad de separación. Algunos niños pueden tener completo desinterés por otras personas. Hasta un modo intrusivo de repetición de preguntas en un intento de mantener la interacción social en movimiento.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

Los niños pueden ser distantes y evadir las miradas. O invadir el espacio de otros, cercándose demasiado, tocándolos inapropiadamente, besándolos u oliéndolos.

- **Inestabilidad del Estado de Animo**

En el área de afectividad, la ansiedad puede llegar a impedirles enfrentar experiencias inesperadas, labilidad afectiva: llanto, risa o agresión sin causa. Baja tolerancia a frustraciones, gritos, pataletas o comportamientos autoagresivos.

- **Comportamiento Estereotipado**

Síntomas motores frecuentes son las estereotipias, son casi universales a toda edad como mecer el cuerpo, aleteo de las manos. Con frecuencia aplauden, giran o corren en círculos, caminan en puntas de pie. Autoestimulación.

Con frecuencia los niños hacen girar, chocar o alinear objetos, pueden pegar apego a objetos inanimados. Los niños con Autismo muestran dificultad a aceptar cambios como puede ser trasladarse a una casa nueva, cambiar la colocación de objetos de una habitación, cambios en su rutina diaria, dando lugar a rabietas e irritabilidad de difícil control.

- **Respuesta a Estímulos Sensoriales**

Buen número de pacientes con Autismo responden de manera exagerada a determinados estímulos y de manera insuficiente a otros estímulos de tipo sensorial.

Pueden no responder a la voz de una persona, pero interesarse por un sonido específico como el sonido de un reloj. Algunos niños presentan umbral del dolor elevado, no buscando ayuda o auxilio ante una caída o un golpe.

Muchos niños con autismo disfrutan la música y suelen tararear la música o cantar antes de poder utilizar el lenguaje para comunicarse con otras personas.

Otros disfrutan de la estimulación vestibular como girar sobre su eje, balancearse o realizar movimientos de arriba y abajo.

- **Comorbilidades Psiquiátricas Asociadas**

Los niños con autismo pueden tener como comorbilidad una variedad de trastornos adicionales. Condiciones psiquiátricas comórbidas comunes en la población con Autismo son trastornos de ansiedad y estado de ánimo depresivo, con tasas de estos trastornos más altas que en la población general. Trastornos de atención y nivel de actividad aumentado son también características comórbidas comunes.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

Cerca de las dos terceras partes de niños con Autismo presentan un funcionamiento en el intervalo de déficit intelectual. Los Coeficientes Intelectuales de los niños con Autismo tienden a mostrar los problemas más graves en la relación con la secuenciación verbal y la capacidad de abstracción.

- **Síndromes Genéticos Asociados al Autismo**

- a. Síndrome de Prader-Willi (SPW)**

El síndrome es consecuencia de una delección del cromosoma 15, región q11-q13, este síndrome se presenta del 1-4% de los casos de autismo, y sus síntomas son hipotonía, discapacidad intelectual, obesidad, avidez por la comida, trastorno obsesivo compulsivo, baja sociabilidad; son individuos que hablan en exceso y que tienen altos niveles de oxitocina.

- b. Síndrome de Angelman**

Este síndrome se observa del 2-4% de los autistas y se encuentra afectada la misma región que el Síndrome de Prader-Willi (SPW), aunque la alteración proviene del lado materno. Los individuos portadores de esta alteración presentan hiperactividad, aleteo de manos, convulsiones, discapacidad intelectual, epilepsia, estrabismo y muy baja habilidad lingüística; también puede haber criptorquidia o microcefalia.

- c. Síndrome del X frágil**

Con una incidencia del 4-8% en pacientes con diagnóstico de autismo, este síndrome se caracteriza por discapacidad intelectual, macroquidia, lenguaje perseverante y repetitivo, pobre contacto visual y dismorfias faciales características. La alteración del gen FMR1 localizado en el cromosoma X, usualmente proviene de un estado desmetilado del lado materno, por lo que las afectaciones se aprecian principalmente en varones.

- d. Síndrome de Down**

Existe una estrecha relación entre el síndrome de Down y el autismo. Algunas personas con síndrome de Down pueden presentar también trastornos del espectro autista en una proporción que está entre el 6 y el 12%, es decir, en una proporción superior a la que se aprecia en la población general.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

e. Esclerosis Tuberosa (ET)

La esclerosis tuberosa (ET), es una enfermedad hereditaria autosómica dominante con penetrancia completa, poco frecuente, que produce la formación de masas anormales (tumores no cancerosos) en algunos órganos del cuerpo, como pueden ser: la retina, la piel, los pulmones, los riñones y el corazón.

La ET es una enfermedad que ha permitido el estudio de la asociación entre Epilepsia y Trastornos del Espectro del Autismo. Además, ha facilitado el estudio de los signos tempranos del autismo, dada la alta prevalencia de TEA en esta población, es decir una población con alto riesgo.

Del 40 a 50% de los niños con ET pueden presentar autismo o conductas autísticas, de tal manera que la prevalencia de TEA en la población con el Complejo ET es mayor que la de muchas de sus conocidas manifestaciones clínicas.

f. Síndrome de Rett

El síndrome de Rett es un trastorno neurológico infantil de causa epigenética, lo que quiere decir que afecta a la configuración de muchos genes y a la producción de proteínas muy importantes para el desarrollo. Es una enfermedad que se origina por una alteración del gen MECP2, debido a encontrarse la causa de esta patología salió de la lista de trastornos psiquiátricos en el año 2013.

El síndrome de Rett es un trastorno en el desarrollo neurológico infantil caracterizado por una evolución normal inicial seguida por la pérdida del uso voluntario de las manos, movimientos característicos de las manos, un crecimiento retardado del cerebro y de la cabeza, dificultades para caminar, convulsiones y retraso mental. El síndrome afecta casi exclusivamente a niñas y mujeres

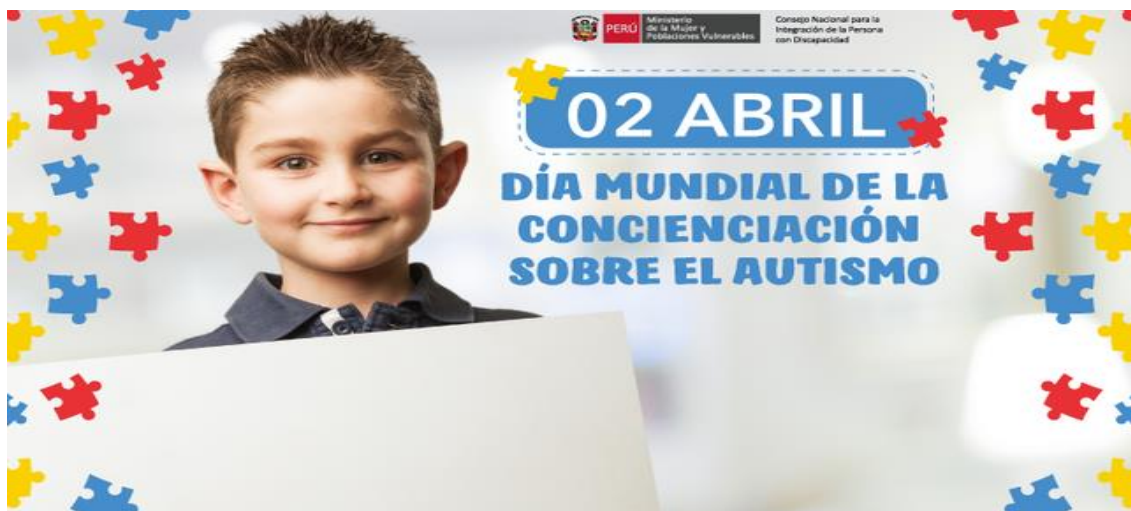
6.1.2. Interacción cronológica

Los síntomas tienen que manifestarse en el periodo de desarrollo temprano, es decir antes de los 3 años de edad. No obstante, pueden no revelarse totalmente hasta que las demandas sociales sobrepasen sus limitadas capacidades.

Estos síntomas pueden encontrarse enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida. Por este motivo es que, en casos de trastorno del espectro autista de alto funcionamiento, el diagnóstico definitivo puede tener un retraso.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

6.1.3. Gráficos diagramas o fotografías



6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios de diagnóstico

Los criterios del Autismo Infantil según el CIE- 10 son:

- A. Presencia de un desarrollo anormal o alterado desde antes de los tres años de edad. Deben estar presentes en al menos una de las siguientes áreas:
 - 1. Lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social.
 - 2. Desarrollo de lazos sociales selectivos o interacción social recíproca.
 - 3. Juego y manejo de símbolos en el mismo.

- B. Deben estar presentes al menos seis síntomas de (1), (2) y (3), incluyendo al menos dos de (1) y al menos uno de (2) y otro de (3):
 - 1. Alteración cualitativa de la interacción social recíproca. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en por lo menos tres de las siguientes áreas:
 - a. Fracaso en la utilización adecuada del contacto visual, de la expresión facial, de la postura corporal y de los gestos para la interacción social.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

- b. Fracaso del desarrollo (adecuado a la edad mental y a pesar de las ocasiones para ello) de relaciones con otros niños que impliquen compartir intereses, actividades y emociones.
 - c. Ausencia de reciprocidad socio-emocional, puesta de manifiesto por una respuesta alterada o anormal hacia las emociones de las otras personas, o falta de modulación del comportamiento en respuesta al contexto social o débil integración de los comportamientos social, emocional y comunicativo.
 - d. Ausencia de interés en compartir las alegrías, los intereses o los logros con otros individuos (por ejemplo, la falta de interés en señalar, mostrar u ofrecer a otras personas objetos que despierten el interés del niño).
2. Alteración cualitativa en la comunicación. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en, por lo menos, una de las siguientes cinco áreas:
- a. Retraso o ausencia total de desarrollo del lenguaje hablado que no se acompaña de intentos de compensación mediante el recurso a gestos alternativos para comunicarse (a menudo precedido por la falta de balbuceo comunicativo).
 - b. Fracaso relativo para iniciar o mantener la conversación, proceso que implica el intercambio recíproco de respuestas con el interlocutor (cualquiera que sea el nivel de competencia en la utilización del lenguaje alcanzado).
 - c. Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso idiosincrásico de palabras o frases.
 - d. Ausencia de juegos de simulación espontáneos o ausencia de juego social imitativo en edades más tempranas.
3. Presencia de formas restrictivas, repetitivas y estereotipadas del comportamiento, los intereses y la actividad en general. Para el diagnóstico se requiere la presencia de anormalidades demostrables en, al menos, una de las siguientes seis áreas:

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

- a. Dedicación apasionada a uno o más comportamientos estereotipados que son anormales en su contenido. En ocasiones, el comportamiento no es anormal en sí, pero sí lo es la intensidad y el carácter restrictivo con que se produce.
 - b. Adherencia de apariencia compulsiva a rutinas o rituales específicos carentes de propósito aparente.
 - c. Manierismos motores estereotipados y repetitivos con palmadas o retorcimientos de las manos o dedos, o movimientos completos de todo el cuerpo.
 - d. Preocupación por partes aisladas de los objetos o por los elementos ajenos a las funciones propias de los objetos (tales como su olor, el tacto de su superficie o el ruido o la vibración que producen).
- C. El cuadro clínico no puede atribuirse a las otras variedades de trastorno generalizado del desarrollo, a trastorno específico del desarrollo de la comprensión del lenguaje (F80.2) con problemas socio-emocionales secundarios, a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia (F94.1) tipo desinhibido (F94.2), a retraso mental (F70–72) acompañados de trastornos de las emociones y del comportamiento, a esquizofrenia (F20) de comienzo excepcionalmente precoz ni a síndrome de Rett (F84.2).

El Quinto Manual Diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V) agrupa los dominios clínicos en 2:

- 1) Déficit persistente en la comunicación social y la interacción social en distintos contextos, no explicable por un retraso general en el desarrollo, en el que estarán incluidos los dos dominios iniciales del DSM-IV: trastorno cualitativo de la relación social (alteración en la capacidad de socializar) y trastorno cualitativo de la comunicación (capacidad de comunicación verbal y no verbal alterada), e incluye los problemas en la reciprocidad social y emocional, déficit en las conductas comunicativas no verbales y dificultades para desarrollar y mantener las relaciones apropiadas para el nivel de desarrollo.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

- 2) Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetidos y estereotipados, definido igual más la hipo o hiperreactividad a los estímulos sensoriales o el interés inusual en los aspectos sensoriales del entorno.
- 3) Además, el DSM-V reemplaza la necesidad de que se presentaran antes de los 36 meses, retrasos o alteraciones en una de las tres áreas (interacción social, empleo comunicativo del lenguaje o juego simbólico), por la necesidad de que los síntomas estén presentes desde la primera infancia, aunque no puedan percibirse hasta que las demandas sociales excedan la limitación de las capacidades.

6.2.2. Diagnóstico diferencial

A. Esquizofrenia de Inicio en la Infancia

Existe poca información sobre casos de esquizofrenia antes de los 12 años. La esquizofrenia se acompaña de alucinaciones y alteraciones del pensamiento como las delusiones, con menor incidencia de epilepsia, retardo mental que el autismo.

B. Trastorno Mixto del lenguaje receptivo expresivo

Algunos niños con este trastorno presentan ciertos rasgos autistas leves, por lo que se puede presentar un problema diagnóstico. A diferencia del autismo, los niños con trastorno de lenguaje suelen intentar sociabilizar a pesar de sus dificultades, presentan juego imaginativo y no presentan conductas estereotipadas en tanta frecuencia como niños con autismo.

C. Sordera Congénita o Alteración grave de la capacidad auditiva

Debido a que los niños autistas a menudo muestran una falta de interés selectiva en el lenguaje hablado, con frecuencia se considera que son sordos. Los factores que permiten establecer la diferencia son los siguientes: los niños pequeños con autismo pueden balbucear solo de forma infrecuente, mientras que los niños sordos presentan una historia de balbuceo relativamente normal, que posteriormente va decayendo hasta interrumpirse hacia los seis meses o el año de edad.

Los niños sordos solo responden ante sonidos fuertes, mientras que los niños autistas pueden ignorar sonidos de intensidad fuerte o normal y responder a sonidos suaves o

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

incluso de baja intensidad. Lo más importante es que el audiograma o los potenciales evocados auditivos indican una importante pérdida de audición en los niños sordos. Al contrario que los niños autistas, los niños sordos generalmente se relacionan con sus padres, buscan su afecto y cuando son lactantes, les gusta que los sostengan en brazos.

D. Carencia Psicosocial

Las alteraciones graves del entorno físico y emocional como la privación materna o el hospitalismo, pueden provocar en el niño un aspecto apático, de rechazo o alienado. Las habilidades motoras y del lenguaje pueden retrasarse. Los niños con estos hallazgos casi siempre mejoran cuando se les coloca en un entorno psicosocial favorable, mejoría que no se observa con los niños autistas.

E. Retraso mental con síntomas conductuales

Cerca del 40% de los niños con autismo presentan retardo mental, La diferencia en los niños con retardo mental puro es que se interesan por la interacción social, logrando relacionarse con adultos y con otros niños de acuerdo a su edad mental, usan el lenguaje que tienen para comunicarse.

F. Afasia Epiléptica Adquirida

Es una enfermedad rara que a veces es difícil de diferenciar del autismo. Los niños con esta enfermedad son normales durante años antes de empezar a perder su lenguaje tanto expresivo como receptivo durante un periodo de semanas o meses, la mayoría presenta alguna crisis epiléptica. Algunos niños logran recuperarse pero con una considerable alteración del lenguaje.

G. Trastorno Obsesivo Compulsivo

En el TEA, observamos intereses restringidos, inusuales y no compartidos, que conducen a conductas repetitivas, junto a la inflexibilidad de las rutinas y la resistencia al cambio. La rigidez conductual del TEA, junto a la ansiedad que experimentan ante los cambios (cambio de ropa, necesidad de comer los mismos alimentos cada día, incluso el cambio de mobiliario de su hogar) puede confundirse con las conductas ritualizadas del TOC.

En el TOC, la persona se siente obligada a realizar las compulsiones, con el fin de “neutralizar” una obsesión que le genera malestar. El punto clave que diferencia a ambas es que, en el TEA, los intereses y conductas repetitivas (alineación de los juguetes, mirar como

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

la ropa da vueltas dentro de la lavadora, las ecolalias o la observación repetitiva del movimiento de las hojas de los árboles) les genera una sensación placentera, o incluso de fascinación.

H. Fobia Social

En la fobia social, el individuo es consciente de que el miedo o la ansiedad experimentada, es desproporcionada a la situación social vivida, provocándole una limitación significativa en el área social y laboral.

Como sabemos, el TEA se caracteriza por limitaciones en la comunicación, la interacción y la reciprocidad social

Son mayoría, las personas con TEA que desearían mantener relaciones de amistad, compartir vivencias o tener pareja, aunque con frecuencia, después de múltiples experiencias percibidas como fracaso, desisten y desarrollan conductas evitativas en los ámbitos sociales. En resumen, pueden desear contacto social, pero no saben cómo obtenerlo.

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

En nuestro medio no se dispone de pruebas de laboratorio ni marcadores biológicos que puedan utilizarse como medio para la detección rutinaria en el diagnóstico de Autismo.

El diagnóstico del Autismo es fundamentalmente clínico. Existen, sin embargo, algunas ayudas diagnósticas como:

- **Coficiente del espectro autista**

Busca Identificar si el paciente tiene las características centrales del fenotipo autista
Adultos (>16 años) Adolescentes (12 - 15 años) Niños (4 - 11 años)

- **Checklist for Autism in Toddlers (chat)**

Instrumento de cribado para la detección de rasgos autistas en niños mayores de 18 meses:

Entrevista para el diagnóstico de autismo revisada (adi-r).

Entrevista semiestructurada que permite la evaluación de niños con sospecha de tea Edad mental > 2 años

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

- **Escala de observación para el diagnóstico de autismo** genera (ados-2) Instrumento que permite la evaluación de conductas sociales y de comunicación de acuerdo con la edad cronológica y nivel de lenguaje.

6.3.1. De Patología clínica

No existen exámenes de patología clínica para el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista

6.3.2. De imágenes

No existen exámenes de imágenes para el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista

6.3.3. De exámenes especiales complementarios

No existen exámenes especiales complementarios para el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales y preventivas

Diversas investigaciones han demostrado que todos los sentidos humanos comienzan a ser operativos durante el segundo trimestre del embarazo y que el feto va respondiendo a los estímulos auditivos, táctiles, de presión, térmicos, vestibulares, gustativos y dolorosos.

Dentro de los factores que pueden afectar la atmósfera intrauterina están las emociones de la madre, pudiendo afectar al feto las que son de gran intensidad y de larga duración.

De ahí la necesidad de que la madre durante la gestación esté bien cuidada y que ella se sienta bien cuidada por su entorno más próximo.

Los signos de alarma como factores de riesgo de posible funcionamiento autista en la vida fetal se corresponden con fetos pasivos, que presentan movimientos auto-sensoriales repetitivos y duraderos, así como una tendencia a no explorar su entorno uterino.

La interacción padre- hijo durante los primeros años de vida es fundamental para estimular los sentidos, el área social del niño, así como para poder apreciar signos de alarma que puedan hacer pensar en algún trastorno del neurodesarrollo como el espectro autista.

Llevar a los controles de crecimiento y desarrollo y una evaluación periódica por el pediatra durante el desarrollo del menor, nos servirá también para poder observar algún signo de

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

alarma de espectro autista y poder hacer un diagnóstico y tratamiento precoz si fuera el caso.

6.4.2. Terapéutica

Existe consenso internacional acerca de que el tratamiento de los niños con Autismo es multimodal y necesariamente interdisciplinario. Idealmente todos los miembros del equipo deben tener algún tipo de entrenamiento en el tratamiento de Autismo, y al menos un miembro debe estar entrenado en su evaluación y diagnóstico con instrumentos específicos.

Es fundamental que todos los integrantes del equipo interviniente trabajen en forma armónica realizando reuniones interdisciplinarias frecuentes con el objetivo de implementar los tratamientos más adecuados para cada paciente. Los objetivos primordiales del tratamiento son maximizar la independencia funcional y la calidad de vida del paciente minimizando las características nucleares del trastorno; facilitando el desarrollo y el aprendizaje, promoviendo la socialización, reduciendo las conductas disruptivas, y educando y apoyando a las familias y sus docentes. Para esto existen estrategias educativas y relacionales, y terapias asociadas que son los tratamientos primarios para los niños con autismo.

La optimización del cuidado de la salud general tiene también probabilidades de producir un efecto positivo en el proceso de habilitación, resultado funcional y calidad de vida. Debe considerarse tanto el manejo de los problemas médicos asociados como las intervenciones no farmacológicas para las conductas disruptivas y agresivas o los trastornos psiquiátricos comórbidos. Luego de todo lo anterior pueden considerarse opciones farmacológicas posibles para los síntomas asociados incoercibles. El tratamiento debe ser individualizado y requiere estructura, intensidad y generalización, así como, participación familiar.

A. TRATAMIENTOS NO FARMACOLOGICOS:

- **Terapia cognitivo - conductual:**

La Terapia de conducta tiene como objetivo reducir las estereotipias y la rigidez de la conducta y favorecer la adaptación del niño, eliminando las conductas inapropiadas.

La Terapia de conducta que se aplica cuando el niño es pequeño mejora el lenguaje, la conducta de adaptación y el cociente intelectual.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

La terapia cognitivo conductual puede aliviar la ansiedad del paciente y favorecer la adaptación social.

- **Programas Educativos:**

Los programas educativos se orientan a mejorar el nivel de lenguaje, los mecanismos de comunicación e interacción social y el aprendizaje en general.

Algunas características de conductas propias del autismo plantean un serio reto a la hora de llevar los programas educativos, como son: el periodo de atención corto, la falta de motivación, las dificultades de comprensión, las dificultades de generalizar el aprendizaje, por lo que estos programas educativos deben comenzar lo antes posible.

- **Terapia de Lenguaje:**

Mejorar el lenguaje del niño para lograr que se comunique y se relacione con los demás es un objetivo muy importante. Se debe de ampliar el vocabulario, fomentar que se use de forma adecuada y perfeccionar la sintaxis cuando sea posible.

- **Terapia Ocupacional – Sensorial:**

Su finalidad es mejorar las dificultades en el área motriz del menor, además de disminuir los problemas sensoriales que son comunes en este grupo de pacientes como son la hipersensibilidad a ciertos sonidos, olores, texturas. Además de la disminución de movimientos estereotipados.

- **Entrenamiento en Habilidades Sociales:**

El ser humano es un ser social por naturaleza, por lo que trabajar las habilidades sociales en el paciente con autismo es un objetivo primordial. Se recomienda el empleo de refuerzos positivos para fomentar un incremento en habilidades sociales como saludar, pedir por favor, se, hacer contacto visual, sonreír.

- **Entrenamiento y Apoyo a los padres:**

Se ha convertido en un pilar fundamental del tratamiento. Los padres necesitan ayuda personal y apoyo del médico, tiempo para entender y aceptar la gravedad de lo que sucede al hijo, esperanza de que pueda mejorar y un buen aprendizaje de estrategias educativas y comportamentales para enfrentarse a los síntomas clínicos en la vida diaria.

La ayuda del colegio, el contacto con otros padres y el formar parte de asociaciones es otro aspecto fundamental, pues les ofrece la oportunidad de compartir sus dudas y

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

preocupaciones y constatar que otras personas les comprenden y pasan por una situación similar.

Las creencias de los padres condicionan la prescripción y el cumplimiento del tratamiento, lo que refuerza la importancia de dedicar tiempo y esfuerzo a mejorar sus conocimientos sobre el trastorno y a que desaparezcan ideas erróneas que perjudican al niño, empeoran el pronóstico y aumentan a la larga el sufrimiento de la familia.

B. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Los principales antipsicóticos, comprobados mediante ensayos clínicos, que auxilian en el Autismo y aprobados por la FDA son el aripiprazol y la risperidona.

También suelen utilizarse estabilizadores del ánimo como Carbamazepina y Valproato de sodio para acompañar el tratamiento de los antipsicóticos atípicos.

Además, se prescriben otros fármacos para tratar comorbilidades como son los Inhibidores de la recaptación de Serotonina en el caso de una depresión o ansiedad concomitante en el paciente o Metilfenidato y Atomoxetina en pacientes con diagnóstico comórbido de Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

- **RISPERIDONA:**

En 2006, la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) aprobó el medicamento risperidona para tratar la irritabilidad en los niños con autismo de entre 5 y 16 años.

La Risperidona está indicada en el tratamiento del Autismo. Se caracteriza por su potente acción antidopaminérgica y antiserotonérgica y es eficaz en pacientes con autismo, demostrando mejoría de las estereotipias, irritabilidad, impulsividad, hiperactividad y autoagresiones y con escasas reacciones adversas a bajas dosis y al tener una escalada de dosis gradual.

Existen una amplia variedad de ensayos clínicos que avalan sus efectos beneficiosos frente a placebo. Normalmente, se producen mejoras en la irritabilidad del orden del 56,7 – 64% en pacientes con risperidona frente al 14,1 – 30,7% con placebo.

La dosis inicial: 0.25mg/día durante 7 días, seguidos de 0.5mg/día, incrementos de 0.5Mg/ semanales posibles, hasta un máximo de 3 a 4 mg día.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

• ARIPIPAZOL:

Puede actuar farmacodinámicamente como antagonista y agonista parcial en los receptores de la dopamina. En EEUU está aprobado por la FDA para el tratamiento de la irritabilidad en el Autismo en niños de 6 -17 años. Existen varios ensayos clínicos que demuestran su efecto beneficioso en la irritabilidad

Dosis inicial: 2 mg/día durante 7 días, seguidos de 5 mg/día; incrementos de 5 mg cada 7 días, hasta un máximo de 15 mg/día.

• METILFENIDATO:

El metilfenidato y la atomoxetina son fármacos que mejoran la inquietud, impulsividad y dificultades de atención en niños con trastorno de déficit de atención e hiperactividad, diagnóstico comórbido con altas prevalencias en niños con autismo.

A pesar de la mejoría también de estos síntomas en los pacientes con autismo en un porcentaje del 50%, la mitad de los pacientes suelen sufrir también efectos secundarios como aumento de las estereotipias, molestias gástricas, trastornos del sueño y labilidad emocional.

Por tanto, la prescripción de metilfenidato en un paciente con autismo debe hacerse con prudencia, ajustando la dosis y vigilando los efectos adversos.

• ATOMOXETINA

Se observa mejoría de los síntomas de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención en porcentajes menores a metilfenidato, presentando sin embargo efectos adversos menos graves en comparación a metilfenidato. Debido a tener un porcentaje de mejora menor del 50 por ciento en pacientes con autismo, su indicación debe hacerse de manera prudente y solo cuando sea necesario.

6.4.3. Efectos adversos o colaterales del tratamiento

Los antipsicóticos atípicos pueden causar:

- ✓ Aumento de peso. Es importante vigilar el peso del paciente mientras está tomando un medicamento antipsicótico.
- ✓ Un mayor riesgo de tener niveles altos de colesterol o triglicéridos.
- ✓ Un mayor riesgo de tener niveles altos de azúcar en la sangre y diabetes.
- ✓ Presión arterial baja.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

- ✓ Sedación.
- ✓ Molestias gastrointestinales.
- ✓ Los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina tienen como síntomas adversos más frecuentes mareos, náuseas, letargia, dolor de cabeza (más frecuente con Paroxetina).
- ✓ Fluoxetina debido a su vida media prolongada presenta menos capacidad de producir síndrome de retirada.
- ✓ Paroxetina, en cambio, presenta mayor riesgo.

6.4.4. Signos de alarma

- ✓ No Balbucear a los 12 meses.
- ✓ No interesarse por otras personas a los 12 meses.
- ✓ No ser capaz de sonreír en respuesta a la sonrisa de otros a los 12 meses.
- ✓ No reaccionar cuando se le habla a los 12 meses.
- ✓ No emplear gestos para comunicarse como señalar o saludar.
- ✓ No utilizar palabras aisladas con carácter propositivo a los 18 meses.
- ✓ No hacer frases de dos palabras de forma espontánea a los 24 meses.
- ✓ Alguna pérdida de lenguaje o habilidades sociales a cualquier edad.
- ✓ Ausencia de juego imaginativo a los 24 meses.

6.4.5. Criterios de Alta

Remisión de los síntomas de irritabilidad, impulsividad, inquietud motriz, autoagresiones por un tiempo mayor a 6 meses o 2 controles consecutivos en consulta externa.

6.4.6. Pronóstico

El Autismo es generalmente una enfermedad de por vida que presenta un pronóstico reservado. Los niños con autismo que tienen un coeficiente intelectual por encima de 90 y aquellos que emplean un lenguaje comunicativo a la edad de 5 a 6 años tienen un mejor pronóstico.

De acuerdo con el DSM-V existen tres niveles de gravedad dentro del espectro autista:

Grado 1, “necesita ayuda”: la persona es capaz de hablar y establecer comunicación, pero dicha conversación resulta fallida y sus intentos por socializar son excéntricos y poco

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

exitosos. Su comportamiento inflexible le dificulta al paciente la alternancia entre actividades; además, su autonomía se ve comprometida debido a problemas de organización y planificación

Grado 2, “necesita ayuda notable”: los pacientes tienen un inicio limitado de interacciones sociales y hay una reducción en las respuestas o estas no son normales; la persona emite frases sencillas solo de intereses concretos y realizan una comunicación no verbal muy excéntrica.

Grado 3, “necesita ayuda muy notable”: presenta aptitudes de comunicación verbal y no verbal, sus interacciones sociales son muy limitadas pues tiene una respuesta mínima a la apertura social. Su inflexibilidad de comportamiento al ser tan restringidos y repetitivos interfiere con su funcionamiento en todos los ámbitos.

6.5. COMPLICACIONES

Debido a que algunos pacientes presentan un déficit intelectual severo o profundo, tendrán que ser dependientes de un cuidador de por vida.

Además, algunos pacientes tienen un síndrome genético asociado que puede traer complicaciones médicas como en el caso de Esclerosis Tuberosa (presencia de tumoraciones), Síndrome de Down (cardiopatías), Síndrome de Rett (cuadros epilépticos).

Otro grupo de pacientes con autismo presentan problemas auditivos y otra epilepsia complicando el pronóstico.

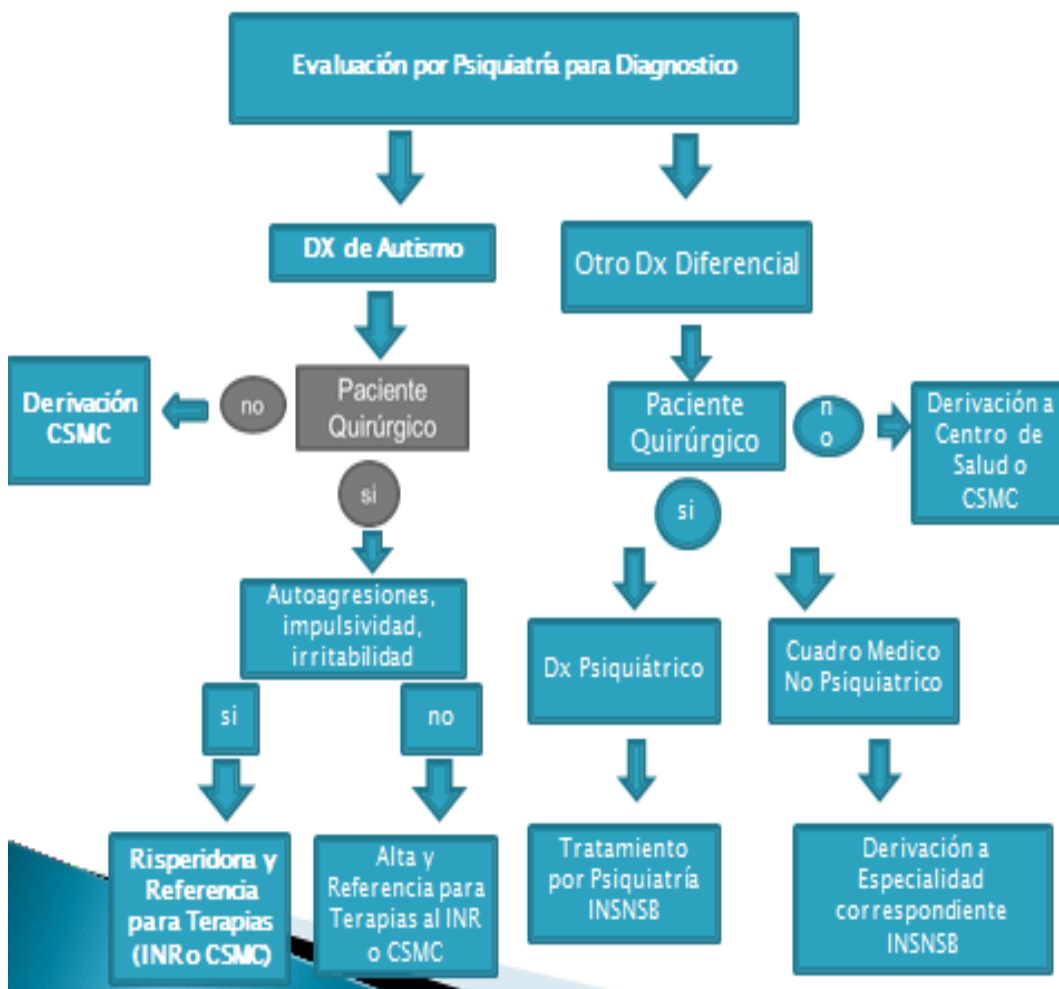
6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- **Criterios de Referencia**
 - ✓ Aparición o emergencia de complicaciones psiquiátricas severas
 - ✓ No respuesta a protocolos de tratamiento para Autismo.
 - ✓ Necesidad de realizar terapias de lenguaje, ocupacional, sensorial, conducta.

- **Criterios de Contra referencia**
 - ✓ Remisión de cuadro agudo
 - ✓ Respuesta a protocolo de Autismo

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

6.7. FLUXOGRAMA



CSMC: Centro de Salud Mental Comunitario. INR: Instituto Nacional de Rehabilitación

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

VII.-Anexos

CRITERIOS CIE-10:

- **F84.1 AUTISMO ATÍPICO**

- A. Presencia de un desarrollo anormal o alterado aparecido a los tres o después de los tres años de edad (el criterio es como el del autismo a excepción de la edad de comienzo).
- B. Alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca o alteraciones cualitativas en la comunicación o formas de comportamiento, intereses o actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas (el criterio es como para el autismo a excepción de que no es necesario satisfacer los criterios en términos del número de áreas de anormalidad).
- C. No se llega a satisfacer los criterios diagnósticos de autismo (F84.0).

El autismo puede ser atípico tanto en la edad de comienzo (F84.11) como por sus manifestaciones clínicas (F84.12). Un quinto dígito permite diferenciarlos con fines de investigación. Los síndromes que no puedan incluirse en uno de ellos se codificarán como F84.12.

- **F84.10 ATIPICIDAD EN LA EDAD DE COMIENZO**

- A. No se satisface el criterio A del autismo (F84.0). Esto es, la anomalía del desarrollo se manifiesta sólo a los tres años de edad o con posterioridad.
- B. Se satisfacen los criterios B y C del autismo (F84.0).

- **F84.11 ATIPICIDAD SINTOMÁTICA**

- A. Satisface el criterio A del autismo (es decir, anomalía del desarrollo de comienzo antes de los tres años de edad).
- B. Alteraciones cualitativas en las interacciones sociales que implican reciprocidad, o en la comunicación, o bien formas de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas. Los criterios son similares a los del autismo excepto en que no hacen referencia a número determinado de áreas afectadas por la anormalidad.
- C. Se satisface el criterio C del autismo.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

D. No se satisface el criterio B del autismo (F84.0).

- **F84.12 ATIPICIDAD TANTO EN EDAD DE COMIENZO COMO SINTOMÁTICA**

A. No se satisface el criterio A del autismo. La anomalía del desarrollo se manifiesta sólo a los tres años de edad o con posterioridad.

B. Alteraciones cualitativas de las interacciones que implican reciprocidad o de la comunicación, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas. Los criterios son similares a los del autismo excepto en que no hacen referencia a un número determinado de áreas afectadas por la anormalidad.

C. Se satisface el criterio C del autismo.

D. No se satisface el criterio B del autismo (F84.0)

- **F84.2 SÍNDROME DE RETT**

A. Normalidad aparente durante los períodos prenatal y perinatal, desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros cinco meses de edad y perímetro cefálico normal en el momento del parto.

B. Desaceleración del crecimiento cefálico entre los cinco meses y los cuatro años de edad junto a una pérdida de las capacidades motrices manuales previamente adquiridas entre los seis y los treinta meses de edad. Esto se acompaña de una alteración de la comunicación y de las relaciones sociales y de la aparición de marcha inestable y pobremente coordinada o movimientos del tronco.

C. Grave alteración del lenguaje expresivo y receptivo, junto a retraso psicomotor grave.

D. Movimientos estereotipados de las manos (como de retorcérselas o lavárselas) que aparecen al tiempo o son posteriores a la pérdida de los movimientos intencionales.

- **F84.3 OTRO TRASTORNO DESINTEGRATIVO DE LA INFANCIA**

A. Desarrollo aparentemente normal hasta al menos los dos años de edad. Se requiere para el diagnóstico la presencia de una capacidad normal para la comunicación, para las relaciones sociales y el juego, y para los comportamientos adaptativos hasta al menos los dos años de edad.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

B. Al comenzar el trastorno se produce una clara pérdida de capacidades previamente adquiridas. Se requiere para el diagnóstico una pérdida clínicamente significativa de capacidades (y no sólo un fracaso puntual en ciertas situaciones) en al menos dos de las siguientes áreas:

1. Lenguaje expresivo o receptivo.
2. Juego.
3. Rendimientos sociales o comportamientos adaptativos.
4. Control de esfínteres.
5. Rendimientos motores.

C. Comportamiento social cualitativamente anormal. El diagnóstico requiere la presencia demostrable de alteraciones en dos de los siguientes grupos:

1. Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas (del estilo de las del autismo).
2. Alteración cualitativa de la comunicación (del estilo del autismo).
3. Patrones restringidos de comportamiento, intereses y actividades repetitivas y estereotipadas, entre ellas, estereotipias motrices y manierismos.
4. Pérdida global de interés por los objetos y por el entorno en general.

D. El trastorno no se puede atribuir a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a epilepsia adquirida con afasia (F80.6), a mutismo selectivo (F94.0), a esquizofrenia (F20.F29), ni a síndrome de Rett (F84.2).

• **F84.4 TRASTORNO HIPERCINÉTICO CON RETRASO MENTAL Y MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS**

A. Hiperactividad motora grave manifiesta por al menos dos de los siguientes problemas en la actividad y la atención:

1. Inquietud motora continua, manifiesta por carreras, saltos y otros movimientos que implican todo el cuerpo.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

2. Dificultad importante para permanecer sentado: tan solo estará sentado unos segundos por lo general, a no ser que esté realizando una actividad estereotipada (ver criterio B).
 3. Actividad claramente excesiva en situaciones en las que se espera una cierta quietud.
 4. Cambios de actividad muy rápidos, de tal forma que las actividades generales duran menos de un minuto (ocasionalmente duran más si la actividad se ve muy favorecida o reforzada, y esto no excluye el diagnóstico; las actividades estereotipadas pueden durar mucho tiempo y son compatibles con este criterio.
- B. Patrones de conducta repetitivos y estereotipados manifiestos por al menos uno de los siguientes:
1. Manierismos fijos y frecuentemente repetidos: pueden comprender movimientos complejos de todo el cuerpo o movimientos parciales tales como aleteo de manos.
 2. Repetición excesiva de actividades no encaminadas hacia ningún fin. Puede incluir juegos con objetos (por ejemplo, con el agua corriente) o actividades ritualísticas (bien solo o junto a otra gente).
 3. Autoagresiones repetidas.
- C. CI menos de 50.
- D. Ausencia de alteración social de tipo autístico. El niño debe mostrar al menos tres de las siguientes:
1. Adecuado desarrollo del uso de la mirada, expresión y postura en la interacción social.
 2. Adecuado desarrollo de las relaciones con compañeros, incluyendo el compartir intereses, actividades, etc.
 3. Al menos ocasionalmente se aproxima a otras personas en busca de consuelo y afecto.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

4. A veces puede participar de la alegría de otras personas. Existen otras formas de alteración social, como la tendencia al acercamiento desinhibido a personas extrañas, que son compatibles con el diagnóstico.

E. No cumple criterios diagnósticos para autismo (F84.0 y F84.1), trastorno desintegrativo de la infancia (F84.3) o trastornos hiperquinéticos (F90).

• F84.5 SÍNDROME DE ASPERGER

A. Ausencia de retrasos clínicamente significativos del lenguaje o del desarrollo cognitivo. Para el diagnóstico se requiere que a los dos años haya sido posible la pronunciación de palabras sueltas y que al menos a los tres años el niño use frases aptas para la comunicación. Las capacidades que permiten una autonomía, un comportamiento adaptativo y la curiosidad por el entorno deben estar al nivel adecuado para un desarrollo intelectual normal. Sin embargo, los aspectos motores pueden estar de alguna forma retrasados y es frecuente una torpeza de movimientos (aunque no necesaria para el diagnóstico). Es frecuente la presencia de características especiales aisladas, a menudo en relación con preocupaciones anormales, aunque no se requieren para el diagnóstico.

B. Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas (del estilo de las del autismo).

C. Un interés inusualmente intenso y circunscrito o patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, con criterios parecidos al autismo, aunque en este cuadro son menos frecuentes los manierismos y las preocupaciones inadecuadas con aspectos parciales de los objetos o con partes no funcionales de los objetos de juego.

D. No puede atribuirse el trastorno a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a trastorno esquizotípico (F21), a esquizofrenia simple (F20.6), a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia de tipo desinhibido (F94.1 y .2), a trastorno anancástico de personalidad (F60.5), ni a trastorno obsesivo compulsivo (F42).

• F84.8 OTROS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

La clasificación no aporta instrucciones sobre la utilización de esta categoría.

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista en Niños y Adolescentes

• F84.9 TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO SIN ESPECIFICACIÓN

Se trata de una categoría residual que se usará para aquellos trastornos que se ajustan a la descripción general de trastornos generalizados del desarrollo pero que no cumplen los criterios de ninguno de los apartados F84 a causa de información insuficiente o datos contradictorios.

VIII.-Referencias Bibliográficas o Bibliografía

1. Estudio Epidemiológico de salud mental de niños y adolescentes 2007.
2. Anales de Salud Mental Volumen XXVIII, 2012. Suplemento 1.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
4. Martos-Pérez J, Llorente-Comí M. Tratamiento de los trastornos del espectro autista: unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. Revista de Neurología. 2013; 57 (Supl 1):S185-91.
5. EspectroAutista. Info. EspectroAutista.Info – Trastorno del Espectro Autista según el borrador del DSM-52014. <http://espectroautista.info/criteriosdiagno%C3%B3sticos/DSM-V-TEA>. (Accesed 30 Enero 2020)
6. American Psychiatry Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. Washington, DC, American Psychiatry Association, 2002
7. Sadock B, Sadock V. Kaplan y Sadock Sinopsis de Psiquiatría. Décima Edición. Lippincott Williams & Wilkins.2009.p.10.
8. Sandin S, Schendel D, Magnusson P, Hultman C, Surén P, Susser E, et al. Autism risk associated with parental age and with increasing difference in age between the parents. Mol Psychiatry advance online publication, June 9, 2015.
9. Moyano MB, Alonso M , Aspitart A , Brío M , Cleffi, V , Cukier S, et al . Guía para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. 2013.
10. Scahill L, McCracken JT Extended-Release Guanfacine for Hyperactivity in Children With Autism Spectrum Disorder. Am J Psychiatry. 2015 Dec;172(12):1197-206.
11. Cruells j.El TEA y su diagnóstico diferencial. número 3- mayo 2019 - edita: autisme la garriga.