

# Función del Pediatra de Cabecera en el Diagnóstico temprano y las derivaciones adecuadas del niño con Trastorno del Espectro Autista.

Giordano F<sup>1</sup>

## Resumen

Los Trastornos del Espectro Autista se expresan con compromiso en la socialización, trastorno en el desarrollo del lenguaje (verbal y no verbal) e intereses restringidos con conductas repetitivas. La frecuencia estimada en la población general es de 1 de cada 68 personas. El reconocimiento temprano por parte del pediatra y el diagnóstico de una entidad específica asociada permiten un precoz y adecuado abordaje terapéutico, un correcto asesoramiento genético y un control evolutivo específico previendo posibles complicaciones relacionadas a la entidad de base.

**Palabras clave:** TEA; Síndrome de Asperger; DP; Función del pediatra.

## Abstract

*Autism Spectrum Disorder encompass a heterogeneous group of children with deficits of verbal and non-verbal language, social communication, and with a restricted repertoire of activities or repetitive behaviours. The frequency in general population is considered 1/68. The early diagnosis by the pediatrician and the diagnosis of specific associated syndromes allow early therapy, correct genetic counselling, and follow up anticipating possible complications related to the entity.*

**Key words:** Autism; Asperger syndrome; Early Diagnosis; Pediatric Role.

## Introducción

Se destaca la importancia del rol del pediatra como médico de cabecera de los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) para lograr que el diagnóstico se realice en forma temprana y que las derivaciones sean adecuadas a un equipo multidisciplinario de profesionales especializados que se encarguen de la intervención terapéutica correcta.

<sup>1</sup>Dr. Fernando J. Giordano. Médico Pediatra. Salud Escolar. División Promoción y Protección de la Salud. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Diplomatura en TEA y Síndrome de Asperger. Universidad Católica Argentina.

**Dirección Postal:** Dr. Giordano Fernando J. Salud Escolar Hospital General de Niños Pedro de Elizalde Montes de Oca 40 (C1270AAN) CABA.

**E-mail:** fernandogio@gmail.com

## Material y Metodos

Es un trabajo monográfico. Se busco y analizo bibliografía usando los libros y artículos más actualizados desde el año 2000 al año 2014 inclusive, donde se explica como debe intervenir el pediatra de cabecera para lograr el diagnóstico temprano y derivaciones adecuadas del niño con TEA.

## Resultados

### Cuadro clínico:

El TEA es un síndrome conductual de base neurológica, neuropsicológica y genética asociado a diversas etiologías. Se caracterizan por presentar compromiso en la integración y reciprocidad social, alteración del desarrollo del lenguaje y la comunicación verbal y no verbal, intereses restringidos y conductas estereotipadas<sup>1</sup>. También presentan dificultad para establecer y mantener relaciones de amistad con personas de su misma edad, un patrón rígido de conducta con excesiva adhesión a sus rutinas y conductas autoestimulatorias motores o sensoriales. Estos síntomas generalmente están presentes y deben reconocerse entre los 18 a los 24 meses de edad después de un periodo de desarrollo típico y se mantienen estables durante la etapa preescolar y escolar.

En la Tabla N° 1 se describen los síntomas precoces que pueden aparecer a partir de los 6 meses de vida y que los pediatras debemos reconocer para poder realizar el diagnóstico lo mas rapido posible.

Tienen su expresión clínica durante la infancia y sufren variaciones a lo largo de los años, que pueden relacionarse con los abordajes terapéuticos, drogas utilizadas para modificar conductas y factores ambientales. Sabemos que la etiología genética es la más sustentada y que existen factores ambientales modulando la expresión genética y la edad paterna (mas de 40 años), que podrían asociarse a un incremento de mutaciones al azar<sup>2</sup>.

La mejoría de los TEA se basa en que obedecen a trastornos del neurodesarrollo secundarios a disfunciones de las sinapsis (sinaptopatía) y redes neuronales, no vinculables con lesiones irreversibles. La plasticidad cerebral permite modificaciones de las áreas disfuncionales, por lo cual jerarquizo el comienzo terapéutico temprano para lograr

una mejor evolución. Estudios funcionales permitieron identificar anomalías en las áreas y circuitos reconocidos como deficitarios, atribuibles a los déficits de la cognición social y la empatía, propios de esta condición<sup>4</sup>.

**Pronóstico:** Se relaciona con el nivel intelectual del niño, la aparición de lenguaje funcional antes de los 5 años y la ausencia de comportamientos estereotipados. Depende de múltiples factores entre los que se encuentran el inicio temprano del tratamiento, severidad de la sintomatología autista y nivel de organización de la familia<sup>1</sup>.

### **Epidemiología:**

La prevalencia de TEA, según los estudios más recientes sigue en incremento, se determina que afectan a 1 de cada 68 personas (Centers for Disease Control and Prevention, CDC, USA), siendo el desorden mental hereditario más frecuente, con un claro predominio en varones de 4 a 1. Si bien el número de mujeres que lo padecen es estadísticamente menor, las afectadas tienen en general formas más severas<sup>1</sup>.

El aumento en la prevalencia, debido en gran parte a un mayor reconocimiento de los TEA por el cambio en los criterios diagnósticos y la importancia para el pronóstico de un diagnóstico precoz, nos obliga a los pediatras al conocimiento adecuado de estos cuadros.

De un 4 a un 36% tienen una entidad médica reconocible de causa genética, hay epilepsia asociada de un 20 a un 35% con picos de aparición de crisis en la primera infancia y en la adolescencia. Se asocia con discapacidad intelectual hasta en un 85%. El 60% de los niños con TEA cumplen criterios de Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/H).

De un 75 a un 95% de estos niños con intervención conductual temprana intensiva, desarrollan algún tipo de lenguaje o comunicación útil<sup>2</sup>.

### **Clasificación<sup>7</sup>:**

El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-V), 5th ed., año 2013, de la American Psychiatric Association, presenta un cambio importante respecto a clasificaciones anteriores. Queda solo la categoría general de Trastornos del Espectro Autista y la definición diagnóstica del DSM-V especifica tres Niveles de severidad en los síntomas, así como el nivel de apoyo necesario, a saber:

Nivel 1: Requiere soporte.

Nivel 2: Requiere soporte substancial.

Nivel 3: Requiere soporte muy substancial.

En el DSM-V, sólo quedan dos categorías de síntomas:

- a. Deficiencias en la comunicación social (los problemas sociales y de comunicación se combinan)
- b. Comportamientos restringidos y repetitivos (incluye sensibilidad inusual a los estímulos sensoriales)
- c. Las deficiencias o retraso en el lenguaje ya no se incluyen en esta categoría de síntomas del DSM-V.

### **Síndrome de Asperger<sup>11</sup> (SA)**

Es un TEA de alto rendimiento y conforma una alteración grave y persistente de la integración social, intereses restringidos y actividades repetitivas. Poseen escasas habilidades manipulativas y tienen torpeza motora muy evidente. Aunque no es bien conocida la prevalencia según los estudios más recientes, sigue en incremento y se determina que afecta a 1 de cada 300 personas (Centers for Disease Control and Prevention, CDC, USA). El promedio de edad en que las familias son informadas del diagnóstico, es alrededor de los 7 años aunque debería ser más temprano.

El síndrome de Asperger se elimina como categoría independiente en el DSM-V. La alteración en la interacción social se manifiesta por compromiso en la comunicación no verbal, pobre contacto ocular, incapacidad para establecer relaciones apropiadas con sus pares, ausencia de reciprocidad social e hipoespontaneidad.

Los patrones de comportamiento se expresan por conductas estereotipadas, obsesiones, preocupaciones absorbentes por un tema u objetos y adhesión inflexible a rutinas. En general no hay retraso importante en el desarrollo del lenguaje, incluso éste puede ser extremadamente rico aunque falto de interés comunicativo. Tampoco tienen compromiso cognitivo. La memoria vinculada a la nominación de marcas de autos, fechas, números de patentes, teléfonos, etc., suele estar muy desarrollada.

**Funcionamiento social:** Si bien son socialmente aislados no desconocen la presencia de otros, aunque el acercamiento a sus pares en general no es el apropiado. Pueden mantener conversaciones, aunque se interesan especial en sus propios temas sin dar gran importancia al interés del interlocutor. Si bien son solitarios, son conscientes de sus dificultades para hacer amigos, lo cual en la vida adolescente o adulta puede llevarlos a trastornos del humor y depresión.

**Patrones de comunicación:** En el lenguaje oral se observa un compromiso en la prosodia (dar énfasis a las emociones, cambios de humor). No comprenden bien los chistes, la ironía, o el sentido figurado. Pueden tener alteración en la fluencia e incluso no

modular la voz de acuerdo al entorno. Suelen tener estereotipias verbales, por ejemplo repetir exactamente monólogos o diálogos de TV.

Dicen lo que piensan, sin poder reflexionar previamente, no evalúan si pueden herir a alguien, o si ellos pueden quedar en ridículo.

**Intereses restringidos:** De acuerdo a su edad pueden tener diversos temas de interés como hacer puzzles, tener habilidades musicales o profundizar en temas como los dinosaurios, la geografía, el universo, la tecnología, y los video juegos. Suelen desarrollar conductas agresivas, en especial cuando no se cumplen rutinas establecidas como horarios de comida o itinerarios usuales para llegar a un lugar.

**Pronóstico:** Si bien las personas con SA no se curan tiene en general una mejor evolución que los TEA de bajo rendimiento, especialmente si sus habilidades especiales les permiten integrarse a un trabajo para su subsistencia independiente; no obstante, estas situaciones son difíciles de lograr<sup>4</sup>.

#### Diagnóstico Precoz del TEA<sup>10</sup>:

El diagnóstico precoz (DP) es un desafío en el contexto del control pediátrico porque no hay signos patognómicos o señales inequívocas, ni un examen de laboratorio que compruebe la existencia de un TEA. El DP seguido de una rápida y adecuada intervención como la derivación inmediata a un programa de intervención apropiado, han demostrado mejores resultados en la evolución clínica a largo plazo<sup>5</sup>.

Los padres habitualmente consultan por trastornos de lenguaje o del aprendizaje, problemas emocionales o trastornos de conducta. El DP depende básicamente de escuchar atentamente a las preocupaciones de los padres sobre el comportamiento de su hijo. La responsabilidad del DP recae sobre el pediatra pero esto no es sencillo. Uno de los grandes retos al evaluar el desarrollo infantil es definir qué constituye la anormalidad. Como pediatras hemos sido formados a partir de casos

patológicos, muchas veces sin haber podido ver qué evolución tuvieron esos niños antes de llegar al diagnóstico, y tenemos que dilucidar si lo que vemos es un trastorno del neurodesarrollo o se trata simplemente de una variante normal<sup>5</sup>.

La intervención temprana apropiada puede corregir algunos aspectos de los déficits como mejora de las conductas sociales, afrontamiento de las dificultades diarias, facilitando así la posible integración. No obstante, también existe un acuerdo en que estas mejorías no suponen la curación en ningún caso, pero sí la disminución de la carga familiar y el aumento del bienestar de los propios enfermos.

Es función básica de los pediatras, el conocimiento de los signos de alerta específicos de los TEA a diferentes edades para poder detectarlos en forma precoz, mediante el seguimiento del neurodesarrollo del niño. Si el lenguaje expresivo está afectado, suele ser la primera señal de alarma para los padres y debe serlo para los pediatras. En el jardín materno infantil se identifican los problemas de sociabilidad y comunicación, las dificultades de adaptarse a las normas y al juego con sus iguales<sup>5</sup>. Utilizando vídeos de su vida cotidiana, se puede reconocer su conducta e interacción social, y de esta forma definir el plan terapéutico y evaluar que el comportamiento social es normal hasta los 6 meses y luego aparecen señales de alarma según edad. (Ver TABLA 1)<sup>8</sup>

#### Detección de TEA:

##### 1. Seguimiento de niño sano:

A cargo del pediatra de cabecera esta descubrir los trastornos del neurodesarrollo observando las desviaciones y signos precoces que ocurran y hagan pensar en un TEA. Como pediatras en los controles de niño sano siempre debemos realizar historia clínica con interrogatorio y examen físico detallado.

En el motivo de consulta se realiza interrogatorio dirigido sobre el desarrollo madurativo, conducta

**TABLA N°1**

Señales de alarma para iniciar el estudio de un posible trastorno del espectro autista.

---

No observar sonrisas u otras expresiones placenteras a partir de los 6 meses.

---

No responder a sonidos compartidos, sonrisas u otras expresiones a partir de los 9 meses.

---

No balbucear a los 12 meses.

---

No hacer o responder a gestos sociales (señalar, mostrar, decir adiós con la mano, etc.) a partir de los 12 meses.

---

No decir palabras sencillas a partir de los 16 meses.

---

No hacer frases espontáneas de dos palabras con sentido (no ecolalia) a partir de los 24 meses.

---

Cualquier pérdida de lenguaje o habilidad social a cualquier edad.

---

social, desarrollo del lenguaje y si hubo pérdida del mismo, conductas repetitivas, momento de aparición de los primeros síntomas y evolución del cuadro. Se evalúan antecedentes personales sobre embarazo, tóxicos, infecciones, parto con hipoxia o sufrimiento fetal agudo.

También se consultan antecedentes familiares, se hace genealogía, se detecta si existe consanguinidad, antecedentes de TEA en padres, hermanos o tíos, u otros trastornos del desarrollo en la familia. En el examen físico se debe realizar antropometría: peso, talla y perímetro cefálico. Es importante medir este último, ya que la microcefalia puede tener diversos orígenes prenatales (genéticos, infecciosos, tóxicos), perinatales (hipoxia, infecciones) o infecciones posnatales.

Los niños con TEA pueden presentar macrocefalia progresiva, sin etiología orgánica, durante los primeros 2 años de vida. La observación de la piel es importante para descartar esclerosis tuberosa (maculas hipocromicas) neurofibromatosis tipo I (manchas café con leche) incontinencia pigmenti (maculas acromicas en llamaradas) que se pueden asociar a TEA.

A través de la detección de dismorfias se pueden diagnosticar trastornos genéticos como síndrome de Williams, de X-Frágil, de Angelman y de Prader Willi entre otros.<sup>11</sup>

Se evalúa el juego en el primer año y a partir de los 2 años se detecta la capacidad creativa y de simbolización. (ej : usar un lápiz como espada).

## **2. Instrumentos diagnósticos para detección de TEA :**

No existe ninguna prueba biológica que diagnostique TEA y el diagnóstico es eminentemente clínico. El uso de instrumentos de screening, como el M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) permite un aumento en la detección de la patología para su aplicación en la población general entre los 16 y los 30 meses. El screening validado, debe hacerse de forma sistemática en todos los niños que acuden a la consulta y si se detecta un problema no esperar para derivar a un neurólogo infantil<sup>5</sup>.

El ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) y el ADOS-G (Autism Diagnostic Observation Schedule Generic) son instrumentos diagnósticos complementarios y el entrenamiento en su uso es altamente recomendado. La versión clínica del ADI-R que se realiza a los padres toma alrededor de 90 minutos para completarse y proporciona una calificación basada en la historia.

El ADOS-G es una observación estandarizada de la conducta social en un contexto comunicativo, con diferentes módulos y pruebas para niños de diferentes edades y niveles de lenguaje. Toma al-

rededor de 30 minutos para completarse. Ambos tests son el Gold Standard para el diagnóstico de TEA<sup>5</sup>.

Derivaciones que debe realizar el pediatra para el seguimiento del niño:

- Neurología Infantil : Un niño con sospecha diagnóstica de TEA, debe ser derivado siempre a interconsulta con un neuropediatra que es quien mejor conoce la patología y realizara un examen neurológico completo, adecuado, confirmando el diagnóstico y decidiendo los exámenes complementarios que deban pedirse y el equipo terapéutico interdisciplinario que intervendrá en el tratamiento del niño.

La consulta con un Neurólogo Infantil especializado en el tema, tiene como objetivos fundamentales:

1. Identificar fortalezas y debilidades del niño.
2. Obtener el diagnóstico etiológico y conductual.
3. Definir el plan de estudios complementarios con el fin de detectar entidades neurológicas asociadas.
4. Determinar un esquema de evaluaciones cognitivas y conductuales.
5. Realizar la planificación terapéutica adecuada junto con el equipo multidisciplinario, el pediatra, maestros y familia.

La consulta neuropediátrica es una consulta especial, los padres vienen preocupados y angustiados porque el pediatra les ha dicho que el niño está en su mundo, es diferente, no se integra y puede que tenga un TEA. A veces se sienten culpables de la conducta distante de sus hijos o se encuentran en periodo de negación que los hace estar a la defensiva y no aceptan la situación, iniciando un peregrinaje por varios especialistas sin llegar a veces al diagnóstico de certeza. En ocasiones transitan la etapa de la aceptación, momento ideal para lograr lo mejor del niño a través de los abordajes terapéuticos, los cuales deben ser tempranos para poder modular la plasticidad cerebral<sup>1</sup>.

El examen neurológico es el complemento ideal del examen físico. Es erróneo creer que el mismo no es viable frente a un niño con TEA, puede realizarse si se torna el tiempo necesario con cada paciente<sup>3</sup>.

## **La consulta neurológica esta basada en:**

1. Evaluación sensorial: Se analiza la respuesta del niño a los sonidos para descartar posible hipocusia. Se evalúa la visión y el contacto visual. Se deben descartar hipoplasia del nervio óptico, rubéola congénita y toxoplasmosis congénita ya que pueden tener asociado compromiso visual con otros síntomas neurológicos.

2. Evaluación del sistema motor: Se buscan signos de déficit neurológico, compromiso piramidal, extrapiramidal o cerebeloso, que orienten a la sospecha de daño o malformaciones del SNC. Se evalúan las praxias, aspectos de la motricidad fina y gruesa, el tono muscular, espasticidad, estereotipias motoras, el trofismo, comprensión de consignas, intención de comunicación y lenguaje. Se realiza el análisis de la conducta del niño, cómo utiliza los juguetes y la presencia de conductas repetitivas.

El neuropediatra en conjunto con los equipos multidisciplinarios tienen la función de<sup>1</sup>:

- Detectar los principales trastornos conductuales.
- Determinar el plan terapéutico y de ser necesario, la droga más adecuada y el momento indicado para su administración.
- Evaluar la respuesta de la medicación y controlar los efectos colaterales de la misma.
- Solicitar el certificado de discapacidad.

- **Fonoaudiología:** Una evaluación audiológica, del lenguaje, de la comunicación y del habla comprensiva y expresiva, se debe realizar siempre en cualquier niño que tenga retardo del lenguaje, haya o no signos autistas presentes. Tratamiento y Rehabilitación fonoaudiológica.

- **Psicología Infantil:** Evaluación Neuropsicológica Conductual para definir aspectos conductuales y grado de TEA a través de ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised), ADOS-G (Autism Diagnostic Observation Schedule Generic) y CARS (Childhood Autism Rating Scale).

De esta forma se planificará el abordaje terapéutico correcto según cada niño. Tratamiento de trastornos emocionales.

- **Psicopedagogía:** Evaluación Cognitiva a través de WISC-IV (Wechsler Intelligence Scale for Children). Valora el coeficiente intelectual (CI) a partir de los resultados parciales de las áreas verbales, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento, ajustadas a la edad de cada sujeto. Tratamiento de los trastornos del aprendizaje.

- **Genética clínica:** Para reconocer un fenotipo conductual ante características dismórficas asociadas o discapacidad intelectual de causa desconocida y permitir el estudio cromosómico adecuado. La no identificación de una entidad específica de cualquier manera merecerá un asesoramiento genético conveniente. El cariotipo está indicado como protocolo de rutina en casos de sospecha de TEA. Los padres de estos niños deben recibir consejo genético ya que el riesgo de tener un segundo hijo con el mismo trastorno se incrementa y varía entre un 3% y un 7%.

- **Terapia Ocupacional:** Suelen usar técnicas de integración sensorial para ayudar en los problemas de procesamiento sensitivo en niños con TEA.

- **Psicomotricista:** La terapia física es útil para ayudar a mejorar los déficit de coordinación y trastornos motores que ocurren en este tipo de niños.

- **Psiquiatra Infante Juvenil:** Ante mala respuesta al tratamiento instaurado o duda diagnóstica. Los trastornos psiquiátricos comunes asociados con los TEA incluyen trastornos de ánimo, de ansiedad, TDA/H y trastorno obsesivo-compulsivo. Se realizará un diagnóstico psiquiátrico para guiar el tratamiento.

- **Trabajadora Social:** Debe ejercer un papel facilitador a la hora de proporcionar e interpretar la información de manera conjunta con las familias e intervenir para que el niño acceda al diagnóstico y tratamiento adecuado.

### Estudios complementarios<sup>1</sup>:

Los estudios complementarios y el orden serán determinados por el neurólogo de acuerdo con la sospecha diagnóstica, a saber:

- EEG: Se pedirá ante alto índice de sospecha de epilepsia, ante regresión autista (pérdida clínicamente significativa en la función social y/o comunicativa), Síndromes epilépticos que alteren el lenguaje y la comunicación como el síndrome de Landau Kleffner o Afasia epiléptica adquirida.

- Potenciales evocados auditivos con prueba audiométrica: Cualquier niño que presente un retraso en el lenguaje debe ser evaluado para detectar hipoacusia.

- Estudios Neurometabólicos: Cuando existe historia de letargia, vómitos cíclicos, crisis epilépticas tempranas, rasgos dismórficos o toscos y/o discapacidad intelectual. Pueden asociarse a compromiso cognitivo y conductas autistas.

- Plombemia: Si existen factores de riesgo ambiental ó hábito de pica.

- RMI cerebral: El TEA no se considera una indicación para una exploración de neuroimagen, incluso en niños con macrocefalia. Se pedirá ante examen motor asimétrico, disfunción en pares craneales o ante sospecha de malformaciones cerebrales de origen genético.

Diagnóstico Diferencial<sup>6</sup>:

- Dishabilidad intelectual.
- Retraso global del desarrollo.
- Trastornos del desarrollo del lenguaje.
- Problemas de aprendizaje.
- Trastornos de la audición.
- Síndrome de Landau Kleffner.
- Síndrome de Rett.



8. Trastorno desintegrativo de la infancia.
9. Trastorno obsesivo-compulsivo.
10. Mutismo selectivo.
11. Comorbilidades<sup>6</sup>: Enfermedades que se asocian con los TEA.
  - Disomnias y parasomnias.
  - Síndrome de Tourette.
  - Torpeza motora.
  - Trastorno obsesivo compulsivo.
  - TDA/H.
  - Trastorno específico del lenguaje.
  - Trastorno semántico-pragmático.
  - Trastorno del aprendizaje no verbal.
  - Depresión.
  - Trastornos de Ansiedad.

Estrategias Específicas para un tratamiento temprano y efectivo<sup>9</sup>:

1. Intervención precoz en niños menores de 3 años que incluye estimulación temprana, terapia de la comunicación, ocupacional y física, intervenciones en el juego y un entrenamiento intensivo de los padres.
2. Educación especial en el colegio para niños mayores de 3 años. La educación debe ser individualizada según las fortalezas y debilidades específicas del niño. Puede necesitar una maestra integradora<sup>10</sup>.
3. Educación Secundaria: En esta etapa, suelen hacerse más evidentes los problemas de ansiedad en el SA, con capacidad intelectual normal o superior, y es debido al inicio de la autoconciencia de sus propias dificultades y de los frecuentes fracasos escolares, a pesar de sus esfuerzos por mejorar. Esto empeora con el Acoso Escolar o Bullying<sup>10</sup>.
4. Manejo médico a través del pediatra y del equipo multidisciplinario de especialistas. Apoyo comunitario a través de Organizaciones no gubernamentales (ONGs) y Grupos de padres, Cumplimiento de la Ley de Protección Integral de las Personas con TEA. Se trabajará en conjunto con la escuela y los padres mediante abordajes estructurados, con tratamiento cognitivo conductual, preparando al niño y futuro adulto para integrarse en la comunidad.
5. Se usarán varias estrategias de intervención simultáneamente en el mismo niño y deben ser diseñadas individualmente, de acuerdo a las áreas en las que presente alteraciones. Se enfatiza el aprendizaje de habilidades comunicacionales, sociales, se estimula la motivación y se disminuyen las conductas disfuncionales como conductas autoestimulantes repetitivas no dirigidas a una meta (mecerse y gesticular), autolesionarse (morderse la mano, golpear la

- cabeza), problemas al dormir o al comer, insensibilidad al dolor y berrinches inesperados.
6. En relación a las Terapias Alternativas no han demostrado ser útiles en ninguna de sus variantes. Es entendible su uso por el elevado escepticismo que las personas pueden tener sobre los tratamientos científicamente basados y el hecho de buscar la cura para sus hijos<sup>8</sup>. No hay pruebas científicas que avalen que la aplicación de vacunas sea causa de TEA. Es prioritario pensar que la vacuna es un bien social, es un derecho que todos tenemos y al recibirlas nos protegemos a nosotros mismos de enfermedades graves y mortales, ayudando a la protección de la comunidad.

### **Función primordial del pediatra aconsejando a los padres<sup>6</sup>:**

Los pediatras tenemos que:

- Escuchar atentamente a los padres cuando se habla del desarrollo del niño. Son una fuente confiable de información, suelen no equivocarse en sus sospechas y sus preocupaciones deben ser atendidas inmediatamente.
- Controlar todas las áreas de desarrollo en cada visita por control de crecimiento. Necesitamos estar especialmente atentos cuando hay un retraso en el desarrollo del lenguaje o de las habilidades sociales.
- Promover la inmunización en niños, ya que las vacunas previenen enfermedades infecciosas que ponen en riesgo la vida y se debe cumplir obligatoriamente con la Ley Nacional de Vacunaciones.
- Sugerir que cualquier niño con diagnóstico presuntivo de TEA debe ser anotado en un programa de intervención temprana adecuado, aún antes de tener el diagnóstico.

### **Discusión:**

Un aspecto muy importante en el manejo del niño con TEA es el apoyo de los padres. Este comienza cuando se enteran de que su niño tiene una condición discapacitante crónica. Es prioritario proporcionarles entrenamiento adecuado ya que necesitan entender que varía ampliamente la presentación clínica en severidad y pronóstico. La enseñanza de habilidades sociales es muy importante para el éxito de la transición al incluirlo en el salón de clases regulares con compañeros de desarrollo típico. Es crítico que los padres y maestros se involucren en la intervención<sup>8</sup>.

En la Argentina, el 30% de los niños y adolescentes autistas es excluido del sistema educativo co-

mún y esto significa discriminar al abandonar a su suerte a muchos de quienes padecen esta enfermedad y a sus familias<sup>11</sup>.

El pediatra contendrá a la familia, manteniendo contacto con la escuela, con los terapeutas del niño y orientando las mejores posibilidades terapéuticas. Es fundamental que estos niños mejoren su calidad de vida, se inserten en nuestra sociedad adecuadamente y sean aceptados por la misma. Es la forma de defender los derechos de los niños con discapacidad intelectual para disminuir su vulnerabilidad.

La mayoría de los niños con diagnóstico de TEA precisan, durante toda la vida, una intervención terapéutica, para que los aspectos discapacitantes se puedan minimizar a tal grado, que aunque no

se curen, la mayoría de los niños sean capaces de llevar una vida independiente como adultos<sup>1</sup>.

### Conclusiones:

El diagnóstico debe realizarse en forma temprana por el pediatra y realizar las derivaciones adecuadas a un equipo multidisciplinario de profesionales especializados en TEA, evitando cualquier retraso en el mismo y en la intervención terapéutica.

Así se podrá incidir de manera satisfactoria e intentar variar el pronóstico funcional a largo plazo con la adquisición de nuevas habilidades. Por tanto, los pediatras debemos capacitarnos para conocer los signos de alarma y ante la sospecha, derivar rápidamente a un servicio de neuropediatría y no pensar que con el tiempo el niño mejorara solo.

### Bibliografía

1. Valdez D, Ruggieri V. (comps.), Autismo. Del Diagnóstico al Tratamiento. Editorial Paidós. Buenos Aires. Año 2011.
2. Campistol J, Arroyo H, Ruggieri V. Neurología para pediatras. Enfoque y manejo práctico. Editorial Panamericana. Barcelona. Año 2011.
3. Rodríguez Barrionuevo A, Rodríguez Vives M. Diagnóstico clínico del Autismo. Rev. Neurol. 2002; 34 (Supl 1): S72-S77.
4. Fejerman N. (comp.). Trastornos del desarrollo en niños y adolescentes : conducta, motricidad, aprendizaje, lenguaje y comunicación. Editorial Paidós. Buenos Aires. Año 2010.
5. Ruiz Lázaro P, Posada de la Paz M, Hijano Bandera F. Trastornos del espectro autista. Detección precoz, herramientas de cribado. Rev Pediatr Aten Primaria v.11 supl.17. Madrid 2009.
6. Sanchís M. Autismo : criterios diagnósticos y diagnóstico diferencial. Pediatr Integral 2004 ; VIII(8):655-662
7. Volkmar FR, Reichow B. Autism in DSM-5: Progress and challenges. Molecular Autism, 2013; 4:13.
8. Mulas F, Ros Cervera G, Millá M et al. Modelos de intervención en niños con Autismo. Rev Neurol 2010; 50 (Supl 3): S77-S84
9. Committee on Children With Disabilities. The Pediatrician's Role in the Diagnosis and Management of Autistic Spectrum Disorder in Children. Pediatrics 2001;107; 1221-1226 DOI: 10.1542/peds.107.5.1221.
10. Díez A, Muñoz J, Fuentes J, et al. Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. Rev Neurol. 2005; 41: 299-310.
11. Ruggieri V, Arberas C. Trastornos generalizados del desarrollo. Aspectos clínicos y genéticos. MEDICINA Buenos Aires, 2007; 67/1: 569-585.