

# Trastorno Autista en pacientes de la Caja Nacional de Salud de Cochabamba, Enero 2013 al 2015

Autistic Disorder in patients from Caja Nacional de Salud Hospital of Cochabamba, January 2013-2015.

Cinthy Andia Berazain<sup>1</sup>, Dr. Gunther Paz<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Interna de Caja Nacional de Salud Hospital Obrero N° 2

<sup>2</sup>Asesor, Neurología-pediátrica, Caja Nacional de Salud Hospital Obrero N° 2. Universidad Mayor de San Simón

Correspondencia a:

Cinthy Andia Berazain

E-mail:

andiaberazain\_cinthy@hotmail.com

## RESUMEN

El autismo es un trastorno del neuro-desarrollo, que en la mayoría de los casos no es posible detectar una etiología específica. Tiene una incidencia de 1 caso por cada 150 niños. Predomina en el varón en una relación de 4:1. El diagnóstico se establece sobre bases clínicas. El objetivo del trabajo de investigación es conocer cuál es la presentación clínica del Trastorno Autista en nuestro medio, el diagnóstico y el tratamiento empleado.

Se realizó un estudio de serie de casos, se revisaron historias clínicas de pacientes menores de 10 años con diagnóstico de Trastorno Autista (TA) que acudieron a consulta de neurología - pediátrica de la Caja Nacional de Salud Hospital Obrero N° 2 de Cochabamba – Bolivia, del 1 de enero del 2013 al 31 de enero del 2015, registrándose en ese tiempo 10 pacientes, 9 masculinos y 1 femenino. La edad en la que se hizo el diagnóstico con mayor frecuencia fue de 2 y 10 años. La presentación clínica en la mayoría de los casos se caracterizó por alteración en el comportamiento social, mal control de impulsos y evasión del contacto visual.

Se concluyó que es importante contar con una adecuada historia clínica y tener presente los criterios diagnósticos para poder realizar un diagnóstico certero y brindar un tratamiento oportuno.

## ABSTRACT

The autism is a disorder of neurodevelopmental, which in most cases are not possible to detect a specific etiology. It has an incidence of 1 case per 150 children. Predominates in males by a ratio of 4: 1. The diagnosis is made on clinical grounds.

The aim of the research is to know what is the clinical presentation of Autistic Disorder in our midst, diagnosis and treatment used.

It realized Case Series study, review medical records of patients under 10 years with a diagnosis of Autistic Disorder (DA) who came to pediatrics- neurology of Caja Nacional de Salud Hospital Obrero N° 2 in Cochabamba - Bolivia, since January 1st, 2013 to January 31st, 2015; recorded at that time 10 patients, 9 males and one female. The age of diagnosis most often was at 2 and 10 years. The clinical presentation in most cases is characterized by changes in social behavior, uncontrolled impulses and evasion of eye contact.

It was concluded that it is important to have adequate medical history and remember the diagnosis criteria to make an accurate diagnosis and provide timely treatment.

## INTRODUCCIÓN

El autismo es un trastorno del neuro-desarrollo con manifestaciones cognitivas y comportamentales de diversa gravedad, con una etiología multifactorial<sup>1,2</sup>. En 1996 Wing propuso el término de “Trastorno del espectro autista” y hoy en día se registran 1 caso por cada 150 niños, afectando más al sexo masculino en una relación 4:1 e identificándose un

mayor riesgo en núcleos familiares con antecedentes de autismo<sup>3,4</sup>.

El autismo se clasifica en: autismo primario o idiopático donde el 70% de los casos se acompaña con retraso mental<sup>4</sup>, y autismo secundario o sindrómico, pero solo se considera cuando se determina un nexo causal entre la patología base y el trastorno autista<sup>5</sup>.

**Palabras clave:** Autismo, Manifestaciones Clínicas, Diagnóstico, Tratamiento

**Keywords:** Autistic Disorder, Clinical Manifestations, Diagnosis, Treatment

**Procedencia y arbitraje:** no comisionado, sometido a arbitraje externo.

**Recibido para publicación:** 05 de Abril del 2015

**Aceptado para publicación:** 25 de Junio del 2015

**Citar como:** Rev Cient Cienc Med 2015;18(1): 5 - 9

**Abreviaturas utilizadas en este artículo:**  
**TA** = Trastorno Autista  
**CI** = Coeficiente intelectual  
**DSM IV** = Manual diagnóstico y Estadístico de las enfermedades mentales  
**MFD** = Metilfenidato  
**TAC** = Tomografía axial computarizada.  
**EEG** = Electroencefalograma  
**TOC** = Trastorno obsesivo compulsivo

Las manifestaciones clínicas del autismo comprenden alteraciones del lenguaje (elemento clave en la realización del diagnóstico) y en la comunicación no verbal. Pueden demostrar afectividad lo cual no descarta el diagnóstico de autismo, el nivel de coeficiente intelectual (CI) es importante para el pronóstico, aproximadamente 30% de pacientes autistas tienen CI por arriba de 70<sup>6</sup>. El diagnóstico se realiza en base a la historia familiar, examen físico, neurológico y se utilizan los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y Estadístico de las enfermedades mentales (DSM IV) para el trastorno autista (Ver Tabla 1)<sup>7</sup>; por otro lado un recurso importante es conocer las señales de alarma (Ver Tabla 2)<sup>8</sup>.

**Tabla 1. Criterios diagnósticos DSM IV para el trastorno autista**

<b>A.</b> Un total de seis (o más) ítems de los apartados 1, 2 y 3, con al menos dos ítems de 1 y al menos uno de 2 y de 3:
<b>1)</b> Deterioro cualitativo en la interacción social, manifestado por al menos dos de los siguientes:
<b>a)</b> Marcado deterioro del uso de múltiples conductas no verbales que regulan la interacción social, tales como el contacto ocular, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos, que regulan las interacciones sociales.
<b>b)</b> Fallo en el desarrollo de relaciones entre pares adecuadas a su nivel evolutivo.
<b>c)</b> Ausencia de intentos espontáneos de compartir diversiones, intereses, o aproximaciones a otras personas (ej., no mostrar, acercar o señalar objetos de interés).
<b>d)</b> Ausencia de reciprocidad social o emocional.
<b>2)</b> Deterioro cualitativo en la comunicación, manifestado por al menos una de las siguientes:
<b>a)</b> Retraso evolutivo o ausencia total de lenguaje hablado (no acompañado de intentos compensatorios a través de modalidades alternativas de comunicación, como gestos o mímica).
<b>b)</b> En individuos con lenguaje apropiado, marcado deterioro en la capacidad de iniciar o mantener una conversación con otros.
<b>c)</b> Uso repetitivo y estereotipado del lenguaje, o lenguaje idiosincrásico.
<b>d)</b> Ausencia de juego variado, espontáneo, creativo o social, apropiado a su nivel de desarrollo.
<b>B.</b> Retraso o funcionamiento anormal en al menos uno de las siguientes áreas, con inicio antes de los 3 años:
1) Interacción social.
2) Uso social y comunicativo del lenguaje.
3) Juego simbólico o imaginativo.
<b>C.</b> El trastorno no encuadra mejor como síndrome de Rett o trastorno desintegrativo de la infancia
<small>Fuente: Hervás A, Maristany M, Salgado M, Sánchez Santos L. Los trastornos del espectro autista. <i>Pediatr Integral</i> 2012; 16(10):780-94.</small>

El manejo clínico orienta su intervención en tres esferas: El niño, su familia y el entorno<sup>8</sup>, entre el grupo de fármacos utilizados se encuentran la risperidona, ziprasidona, agonistas alfa-adrenérgicos, agentes betabloqueadores, anticonvulsivos, fluoxamina, metilfenidato (MFD), clonidina, naltrexona, clorimipramina, desipramina y haloperidol<sup>9</sup>. Un elemento clave para una mejor evolución es el diagnóstico precoz<sup>10</sup>.

La presente investigación tiene como objetivo

identificar la presentación clínica del Trastorno Autista en la Caja Nacional de Salud - Hospital Obrero N° 2 Cochabamba - Bolivia, el diagnóstico y el tratamiento empleado. La importancia de realizar el trabajo de investigación radica en que el Trastorno Autista es una patología poco frecuente en nuestro medio que conlleva a errores en el diagnóstico, debido a que se subestima su presencia. La diagnosis a temprana edad es importante para recibir el tratamiento precoz, reducir las complicaciones, y obtener un pronóstico favorable y mejor calidad de vida.

**Tabla 2: 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.
<small>Fuente: Mulas F, Ros-Cervera G, Millá MG, Etchepareborda MC, Abad L, Téllez de Meneses M. Modelos de intervención en niños con autismo. <i>Rev Neurol</i> 2010; 50(3):77-84.</small>

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de serie de casos, se revisaron historias clínicas de pacientes menores de 10 años con diagnóstico de Trastorno Autista (TA) que acudieron a consulta de neurología - pediátrica de la Caja Nacional de Salud - Hospital Obrero N° 2 de Cochabamba - Bolivia, del 1 de enero del 2013 al 31 de enero del 2015.

Las variables de estudio fueron sexo, edad de diagnóstico, manifestaciones clínicas, anomalías a la exploración neurológica, comorbilidades no neurológicas, alteraciones en la neuroimagen y tratamiento médico utilizado. Se realizó una tabla de cotejo para la recolección de los datos.

Los datos fueron registrados y tabulados en el programa de Excel® 2007 para el procesamiento y cómputo de los mismos.

## RESULTADOS

De 10 pacientes diagnosticados con trastorno autista, 9 corresponden al género masculino y 1 al género femenino.

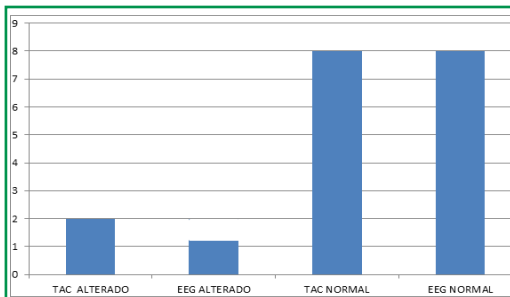
La edad en la que se hizo el diagnóstico con mayor frecuencia fue a los 2 y 10 años (Ver Tabla N° 3).

La presentación clínica en los 10 pacientes se pue-

**Tabla 3: Edad en la que se hizo el diagnóstico del Trastorno Autista**

Edad de diagnóstico	Número de casos
2 años	3 casos
3 años	1 caso
4 años	2 casos
6 años	1 caso
10 años	3 casos

Fuente: Elaboración Propia



**Gráfico 1: Estudio de neuro-imagen en los 10 pacientes con Trastorno Autista**  
 Nota.- TAC y EEG sin alteraciones en 8 pacientes. TAC y EEG con alteraciones en 1 paciente, y TAC con alteraciones 1 paciente.  
 Fuente: Elaboración Propia.

**Tabla 4: Presentación clínica en los 10 pacientes**

PACIENTES	PRESENTACIÓN CLÍNICA
<b>PACIENTE DE 6 AÑOS:</b>	Estereotipia motora con las manos, frotos cortos y aleteo. Evita el contacto visual, aislamiento, y alteración en la comunicación verbal caracterizada por ecolalia, dificultades en la comprensión del lenguaje gestual. Además del mal control de impulsos, caracterizado por agresividad física.
<b>PACIENTE DE 3 AÑOS:</b>	Alteraciones en la comunicación verbal, (el paciente no hablaba), dificultades para comprender el lenguaje gestual, estereotipias motoras que comprenden aleteo de manos que perduraron por largos periodos de tiempo. Evita el contacto visual y conducta agresiva resistente a los cambios.
<b>PACIENTES DE 4 AÑOS:</b>	1er Paciente: Alteraciones en el comportamiento social, comunicación verbal y no verbal. Evita el contacto visual. No obedece órdenes. No le gustan los juegos. Le gusta estar solo. No controla esfínteres todavía. Auto-agresividad. 2do Paciente: Conducta inquieta, irritable, obedece órdenes sencillas, menciona algunas palabras sueltas. Llegó a kínder. No le gusta hacer tareas, controla esfínteres. Hace sus actividades solo, no le gusta relacionarse. Es hiperactivo, nada expresivo solo gestos.
<b>PACIENTES DE 2 AÑOS:</b>	1er Paciente: Falta de contacto visual, conducta agresiva, no controla esfínteres, le gustan los juegos y la música, actividades que realiza solo. 2do Paciente: Falta de contacto visual, no controla esfínteres, tendencia a alinear los juguetes, comportamiento atípico resistente a los cambios. Conducta agresiva. No obedece órdenes. 3er Paciente: Falta de contacto visual, dificultades en la comunicación verbal, juega solo, controla esfínteres. Aun no come solo.
<b>PACIENTES DE 10 AÑOS:</b>	1er Paciente: No establece contacto visual, dificultades en la comunicación verbal, no obedece órdenes. No controla esfínteres. Come solo, presenta mal control de impulsos. 2do Paciente: Establece poco contacto visual, presenta dificultades en la comunicación verbal, dislalia, ecolalia. Obedece y entiende algunas órdenes. Presenta estereotipias motoras caracterizadas por aplausos, y juntar las manos. Controla esfínteres, juega solo, no le gustan los ruidos fuertes. Aprendió habilidades básicas, llegó a 3ro básico de primaria. Memoriza momentos y hace cifras. Puede leer. No es agresivo. 3er Paciente: Establece un poco de contacto visual, escribe y lee lento. Sabe algo de aritmética. Llegó a 4to básico de primaria, es hiperactivo, distraído, no es agresivo. Le gusta hacer las actividades solo.

Fuente: Elaboración Propia

de apreciar en la Tabla Nº 4.

Las anomalías a la exploración neurológica fueron retraso del desarrollo psicomotor, convulsiones (en 2 casos), estereotipias motoras, deficiencias en la motricidad fina y gruesa en algunos casos.

Las comorbilidades no neurológicas encontradas fueron infección del tracto urinario, ictiosis, hiperqueratosis, pericarditis, desnutrición, bronconeumonía y hernioplastia.

En alteraciones de la neuroimagen: La tomografía axial computarizada (TAC) y el electroencefalograma (EEG) en los 8 casos estudiados fue normal sin alteraciones. Solo en 2 casos curso con anomalías, 2 en la TAC y en 1 caso de los anteriores el EEG (Ver Gráfico Nº 1).

En el EEG se observó frecuente descarga de punta y onda lenta de 2-3 Hz. Donde se revela disritmia paroxística generalizada frecuente. Se observó onda aguda de mediano voltaje que se presentaba de manera continua en región central y posterior del hemisferio izquierdo.

En los otros dos casos se observó alteración en la TAC caracterizado por atrofia cerebral, marcado cuerpo calloso, delgados arcos en la base frontal y temporal.

El tratamiento se basó en la psicoestimulación en todos los casos, adjunto a tratamiento sintomático donde se empleó la risperidona en 4 casos (Ver Tabla Nº 5).

**Tabla 5: Tratamiento médico empleado en el Trastorno Autista, en los 10 pacientes**

Ácido valproílico	1 caso
Risperidona	4 casos
Metilfenitoina	1 caso

*Nota.- En 4 casos no se empleó tratamiento médico. En los 10 casos se empleó tratamiento psicopedagógico, psico-estimulación.*

*Fuente: Elaboración Propia*

## DISCUSIÓN

El conocimiento de las manifestaciones clínicas del TA, permite realizar de manera temprana el diagnóstico y el inicio del tratamiento, mejorando el pronóstico de los pacientes; pero siempre hay que tener presente los posibles diagnósticos diferenciales del TA, entre los cuales incluye la discapacidad intelectual sin asociación con TA, trastorno de lenguaje expresivo, mutismo selectivo, esquizofrenia de comienzo precoz, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), pseudoautismo, entre otros<sup>7</sup>.

En la investigación se encontró que la edad de diagnóstico del TA fue a los 2 años y a los 10 años. Esto debido a que muchas veces el cuadro clínico no se reconoce como perteneciente a esta patología y queda simplemente con diagnóstico de "Retraso del Desarrollo Psicomotor". Diferenciando con lo descrito en la literatura donde se recomienda que la edad de detección del TA debiera empezar a los 18 meses de edad y ser repetido a los 24 y 36 meses<sup>10</sup>.

Profundizando más, respecto a las manifestaciones clínicas reportadas por la literatura previamente descrita en nuestra introducción, en las alteraciones del lenguaje comprende trastornos como: Ecolalia, palilalia, neologismos, lenguaje idiosincrásico, lenguaje telegráfico y errores gruesos en el uso de tiempo y persona. El autista experimenta dificultades para comprender el lenguaje gestual, presenta alteraciones senso-perceptuales como hiper o hiposensibilidad a estímulos, además muestran mal control de impulsos, agresividad verbal y física, auto-agresividad, conducta aberrante, miedo intenso o verdadero pánico ante situaciones desconocidas. Con frecuencia el autista no responden al interlocutor y muchos evitan el contacto visual; los rasgos de conducta rígida, resistencia a los cambios es un dato común en estos niños. Las

estereotipias motoras son notables e incluyen aleteo de manos, giros de la cabeza, balanceo de partes o todo el cuerpo, etc. Por otro lado, los niños autistas tienen mejores capacidades no verbales (visuo-espaciales) que verbales<sup>6</sup>.

En los 10 casos estudiados en la presente investigación presentaron una clínica que coincide con la descripción de la bibliografía, cabe destacar que algunos niños, tal como se describe, pudieron alcanzar niveles básicos de enseñanza, no en todos los casos se valoró el CI ya que solo algunos expresaron el lenguaje verbal. Por otro lado las alteraciones neurológicas, en el estudio realizado, fueron en los 10 casos encontrados: Retraso del desarrollo psicomotor, convulsiones, estereotipias motoras, deficiencias en la motricidad fina y gruesa en algunos casos, coincidiendo con lo descrito en la literatura. Una de las complicaciones que se tuvo en el estudio fue que los antecedentes perinatales y neonatales que se encontraban incompletas en las historias clínicas proporcionadas.

Aunque no forma parte de una de las variables de estudio dentro de la presente investigación, es importante valorar que el promedio del perímetro cefálico en niños con autismo es más alto que en los niños con desarrollo normal. La distribución de las medidas está desviada hacia arriba, con una media en autismo alrededor del percentil 75. Existe un incremento del perímetro cefálico a partir de los 6 meses de edad pero, en un 80% de los casos, posteriormente se normaliza. Un 20% siguen con incremento del perímetro cefálico el cual se relaciona con la severidad del autismo<sup>7</sup>.

El tratamiento principalmente empleado en los 10 casos fue la psico-estimulación, y el tratamiento médico sintomático importante en cuatro casos fue la risperidona, seguido del ácido valproico en 1 caso y metilfenitoina en 1 caso. Pero se debe tener en cuenta que hasta la fecha el autismo no tiene cura y el tratamiento está dirigido a los síntomas y las enfermedades que suelen estar asociadas<sup>8</sup>.

Se concluye que es muy importante conocer los antecedentes prenatales, perinatales y neonatales, junto con una adecuada exploración física e historia clínica, lo cual permitirá tener un alto índice de sospecha orientada y dirigida a esta patología para brindar un tratamiento oportuno.

## REFERENCIAS

1. Raviola G, Gosselin Heather J, De Maso DR. **Trastorno Generalizado del Desarrollo y Psicosis infantiles**. En: Kliegman, Stanton ST, Geme, Schor, Behrman, editores. Tratado de Pediatría. 19 Ed. Vol 1. España: ELSEVIER; 2012: p. 100-6.
2. Camino LR, López LE. **El espectro autista**. VOX PAEDIATRICA 2006; 14(2):7-15. Disponible en: <http://spaoyex.es/sites/>

<default/files/pdf/Voxpaed14.2pags7-15.pdf>

3. Aragón Jiménez V. **ETIOLOGÍA DEL AUTISMO**. Innovación y experiencias Educativas 2010; 1-9. Disponible en: [http://www.csi-csifes/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_31/VIRGINIA\\_ARAGON\\_1.pdf](http://www.csi-csifes/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_31/VIRGINIA_ARAGON_1.pdf)

- 
4. Varela González D, Ruiz GM, Vela AM. **Conceptos actuales sobre la etiología del autismo.** *Acta Pediatr Mex* 2011; 32(4):213-22. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2011/apm114e.pdf>
5. Artigas-Pallarés J, Gabau-Vila E, Guitart-Feliubadaló M, **El autismo síndrómico: I. Aspectos generales.** *REV NEUROL* 2005; 40 (Supl 1): 143-9. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/40S1/s1S143.pdf>
6. Ortiz Rogel JF. **Autismo.** *Gac Méd Méx* 2005; 141(2):143-7 Disponible en: [http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S0016-38132005000200009&script=sci\\_arttext](http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S0016-38132005000200009&script=sci_arttext)
7. Hervás A, Maristany M, Salgado M, Sánchez Santos L. **Los trastornos del espectro autista.** *Pediatr Integral* 2012; 16(10):780-94. Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/xvi10/04/780-794%20T.autism.pdf>
8. Mulas F, Ros-Cervera G, Millá MG, Etchepareborda MC, Abad L, Téllez de Meneses M. **Modelos de intervención en niños con autismo.** *Rev Neurol* 2010; 50(3):77-84. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/S0S03/bdS03S077.pdf>
9. Palacio JD. **Tratamiento farmacológico de conductas patológicas asociadas con el autismo y otros trastornos relacionados.** *Rev Colomb Psiquiat* 2007; 35(1):221-40. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36s1/v36s1a17.pdf>
10. Quijada GC. **Espectro autista.** *Rev Chil Pediatr* 2008; 79(1):86-91. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062008000700013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062008000700013&script=sci_arttext)