



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA, Facultad de Medicina

CICLO DE METODOLOGIA CIENTIFICA 2

**“CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS
DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA
ASISTIDOS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL CENTRO
HOSPITALARIO PEREIRA ROSELL EN EL PERÍODO MARZO 2010-MARZO
2015”**

AUTORAS

Br. Yessica Alvarez

Br. Valeria Beron

Br. Valeria Camaño

Br. M^a del Valle Rama

TUTORAS

Prof. Agda. Dra. Anabella Santoro

Prof. Adj. Dra. Maria J. Carugati

Asis. Dra. Lucía Maurente Br. Leslye Camejo

TUTORA COLABORADORA

Prof. Agda Dra. Gabriela Garrido

Octubre 2015-

ÍNDICE

Resumen.....	3
Introducción y Marco Teórico.....	4
Objetivos Generales.....	6
Objetivos Específicos.....	6
Metodología.....	6
Variables en estudio.....	7
Técnicas y Métodos de trabajo.....	7
Procesamiento y análisis de datos.....	7
Consideraciones Éticas.....	8
Resultados.....	9
Discusión.....	12
Limitaciones.....	15
Financiación y Conflicto de Intereses.....	15
Referencias Bibliográficas.....	16
Anexo.....	19

1. TITULO.

Características clínicas de pacientes pediátricos diagnosticados con trastornos del espectro autista, asistidos en la Unidad Especializada de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rosell, en el periodo marzo 2010 a marzo 2015.

2. RESUMEN

Introducción:

El autismo es descrito por primera vez por Leo Kanner en 1943 pero hasta 1980 no fue oficialmente reconocido como un diagnóstico, desde el 2013 en el DSM V existe un nuevo concepto de TEA hablando ahora de una dimensión de autismo. El diagnóstico de niños con TEA ha aumentado siendo la prevalencia en 2014, de 147/10.000 niños⁷.

El diagnóstico es clínico a través de historia clínica, siendo importante tener presente los signos y síntomas para lograr un diagnóstico precoz e inicio oportuno del tratamiento.

Objetivo: Conocer las características clínicas de la población pediátrica con diagnóstico de TEA que se asiste en la unidad Especializada de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica del CHPR.

Metodología: estudio descriptivo-retrospectivo, con diseño de investigación observacional-transversal, población objetivo pacientes con diagnóstico de TEA, asistidos en la unidad Especializada de Psiquiatría Pediátrica del CHPR durante el periodo marzo 2010 a marzo 2015.

Resultados: Se evaluaron 69 historias clínicas, 82.6% de sexo masculino, 62.3% proceden de Montevideo, 59,4% de los padres sospecho problemas en el desarrollo antes de los 24 meses del niño, la media de edad de diagnóstico fue de 43 meses, 79.7% se diagnosticó en el intervalo de 1 a 4 años, 71% los familiares detectaron anomalías en el desarrollo, 53.6% se vio afectación en más de un área, 57.8% recibe tratamiento multidisciplinario. 78.26% tienen una buena evolución.

Discusión: En nuestro país no hay datos similares en cuanto a niños con TEA. En este estudio predominó el sexo masculino al igual que la bibliografía citada. El mayor porcentaje con respecto a edad de diagnóstico, se da en los primeros años de vida, donde la familia es el principal eslabón que detecta los primeros síntomas anormales. Siendo característicamente el Lenguaje el área principalmente afectada. El abordaje terapéutico más frecuente es el tratamiento multidisciplinario, constatándose buena evolución.

Conclusión: Este estudio es un inicio para conocer las características de los niños con TEA en nuestro país y qué herramientas tenemos para su abordaje precoz, adecuado y óptimo a nivel del ámbito familiar, educativo y asistencial.

Palabras Clave: Trastorno del Espectro Autista. Pacientes Pediátricos.

3. INTRODUCCION Y MARCO TEORICO

Los trastornos incluidos dentro del espectro autista son alteraciones neuropsiquiátricas que presentan una amplia variedad de expresiones clínicas y surgen como resultado de disfunciones multifactoriales del desarrollo del sistema nervioso central¹.

Esta amplia gama de manifestaciones clínicas, se caracteriza por alteraciones del desarrollo, de la interacción social recíproca, de la comunicación verbal y no verbal, y por un repertorio restringido de intereses y comportamientos. Así, la expresión clínica puede variar mucho de una a otra persona, y también en una misma persona en el transcurso de su desarrollo.

El autismo fue descrito por primera vez por Leo Kanner en 1943, quien observó en un grupo de niños, la falta de contacto afectivo con otras personas, conductas repetitivas y dificultades en el lenguaje.

Inicialmente se postuló que el autismo era una forma de psicosis infantil, pero en 1980, fue oficialmente reconocido como un diagnóstico en el DSM- III².

Desde el 2013 el DSM V introduce un nuevo concepto de TEA que supone plasmar en el proceso diagnóstico la idea de que se trata de una dimensión de autismo, con diversos niveles de gravedad, dejando atrás la clásica conceptualización del DSM-IV³ basada en la existencia de trastornos generalizados del desarrollo cualitativamente diferentes.

El diagnóstico positivo de TEA es clínico, mediante la historia clínica completa, a través de entrevistas a padres, observación del niño y utilización de cuestionarios complementarios que permiten identificar los patrones de conducta presentes⁴.

Se realiza, en promedio, a los 5 años², si bien hay algunos signos que están presentes desde el primer año de vida y la mayoría de los padres manifiestan haber notado alteraciones en el desarrollo de sus hijos antes de los 24 meses.

El diagnóstico precoz es fundamental, ya que permite brindar al niño y a su familia la ayuda adecuada cuanto antes. Se intenta fortalecer las habilidades funcionales y la comunicación y prevenir y/o minimizar algunas de las manifestaciones más severas de estos trastornos².

Actualmente funciona desde el 2005 la unidad de TEA en el Hospital Pediátrico de referencia Nacional, Pereira Rossell en la Clínica de Psiquiatría Pediátrica que recibe niños/niñas y adolescentes derivados desde servicios de atención primaria, Unidades de Salud Mental

Polivalentes (ECSM) y programas de seguimiento de recién nacidos de riesgo (SERENAR) de Montevideo e Interior.

Está fuertemente conectada con otras unidades: Policlínica de Desarrollo y Grupo de estudio de Enfermedades Neurometabólicas de la Cátedra de Neuropediatría, Área de Neuropsicología de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica, con el Nivel de Atención Primaria de Salud y con el sistema educativo⁵. Lo que ha permitido un mejor manejo de estos pacientes.

El diagnóstico de niños con TEA ha aumentado. Lotter en 1966, expresaba una prevalencia de 5/10.000 mientras que en el 2000 aumentó a 91/10.000 según la Sociedad Nacional de Autismo RU (NAS)⁶. Actualmente, el último estudio realizado en Estados Unidos y publicado por el Centro de Control de Enfermedades (CDC) en 2014, la prevalencia de este trastorno es de 147/10.000 niños⁷.

Existen varios factores que influyen en este aumento exponencial. Por un lado, la ampliación de los criterios diagnósticos, el mayor conocimiento en la población en general y entre los profesionales que ha permitido alertar sobre trastornos del desarrollo de forma temprana, quedando aún otras causas sin poder explicar⁸.

En Uruguay no hay datos epidemiológicos de la situación, pero se reconoce que ha habido un gran aumento en el número de consultas sobre este trastorno.

Es así que, dado el incremento exponencial en la prevalencia de TEA; la falta de datos epidemiológicos actuales, junto con la posibilidad de detección precoz evitando las demoras en el diagnóstico, es de gran importancia la sensibilización y conocimiento de los profesionales de la salud, padres, cuidadores y educadores de este trastorno.

La vigilancia del desarrollo del niño mediante la observación de los hitos del desarrollo en las diferentes áreas constituye una estrategia fundamental para despistar precozmente estos trastornos; sabiendo que el tratamiento precoz mejora el pronóstico del paciente.

4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

4.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer las características clínicas de la población pediátrica con diagnóstico de TEA que se asiste en la unidad Especializada de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica del CHPR.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer edad promedio de diagnóstico de la población en estudio.
- Identificar responsable de la detección inicial de signos de alarmas y /o patológicos.
- Conocer la prevalencia en sexo de TEA, en la población estudiada.
- Valorar el acceso al tratamiento de la población en estudio.
- Colaborar con la unidad de psiquiatría en el registro y actualización de datos.

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo de Estudio. Descriptivo-Retrospectivo. Se realizó un estudio descriptivo en la medida que se evaluaron las medidas en estudio y retrospectivo en función del tiempo, el registro de las observaciones es sobre hechos ocurridos.

5.2 Diseño de Investigación. Observacional-Transversal. La investigación se limitó a la observación de las variables en estudio mediante la revisión de historias clínicas en una sola observación en el tiempo, para la medición de sus características en forma independiente.

5.3 Sujeto de estudio. La muestra fue compuesta por pacientes que fueron diagnosticados con TEA, que se asistieron en la unidad Especializada de Psiquiatría Pediátrica del CHPR durante el período marzo 2010 a marzo 2015. Esta selección se efectuó mediante la identificación de las historias clínicas, que consignaron TEA, a punto de partida de un Registro Interno con el que contaba la unidad, separado del registro general del CHPR.

Los criterios de inclusión que se utilizaron fue que los pacientes cuenten con diagnóstico de TEA. Fueron criterios de exclusión el registro incompleto de las variables en estudio en las historias clínicas y la falta de consentimiento informado por parte del padre o tutor del paciente.

6. VARIABLES EN ESTUDIO.

Las variables analizadas de tipo cualitativo en escala nominal fueron: sexo, forma de presentación, responsable de la detección inicial, acceso al tratamiento.

La variable evolución de tipo nominal se estudio en escala ordinal. Evaluando la misma como buena, regular, mala.

Se midió la variable cuantitativa continua, edad de diagnóstico y edad de presentación de los primeros síntomas.

7. TECNICAS Y METODOS DE TRABAJO.

Se efectuó la revisión de las historias clínicas con TEA, para identificar los indicadores y características del estudio.

La revisión se realizo en el centro, bajo supervisión del personal de la unidad especializada de Psiquiatría Infantil.

Los datos del estudio se registraron en planilla Excel, asignando un número de registro al azar a cada historia para mantener la privacidad del paciente, calificando las variables en estudio según los valores fijados previamente en la operalización de las mismas.

8. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.

La base de datos se realizo mediante planilla Excel.

Para el análisis de los datos se utilizo el programa EPI INFO versión 7.1.3

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El protocolo del presente estudio fue evaluado y aprobado por el Comité De Ética Para Proyectos De Investigación de Facultad de Medicina – UDELAR, en su versión 2.

El diseño es de tipo Descriptivo-Retrospectivo, en el cual se revisaron historias clínicas para obtener información en una única observación, en forma de variables que eran de nuestro interés. Dado que como parte de este proceso, requerimos la utilización de dichas historias clínicas, que, conocemos que son un documento propio de cada paciente en cuestión, consideramos pertinente, desarrollar el decreto número 379, de la constitución de nuestro país, que explica el marco ético y legal en investigación con seres humanos.

Como menciona el capítulo III de este decreto, es necesario que se respete la dignidad humana en cualquier investigación científica, para lo cual es esencial la existencia del consentimiento libre e informado de los sujetos de investigación, en donde se manifieste que participan en el estudio en desarrollo, en conformidad con el marco legal.

Para garantizar este decreto trabajamos junto con la Unidad Especializada de TEA en la Clínica de Psiquiatría Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rosell quienes nos proporcionaron los datos identificatorios, inicialmente la lista consto únicamente con el nombre de pila del paciente y de padres o tutores por tratarse de menores de edad y un teléfono de contacto para poder realizar la llamada telefónica.

Se solicito consentimiento informado telefónicamente (anexo 1) para poder acceder a la Información ya existente en la historia clínica del paciente.

10. RESULTADOS

Se analizaron las historias clínicas de 69 pacientes. Dos pacientes se negaron a participar del estudio.

Como se muestra en la tabla 1 la mayoría de los niños 82,6%(57) eran de sexo masculino relación sexo masculino- femenino 4,7:1, la media de edad de diagnóstico fue de 43 meses, el 59,4% (41) de los padres sospechó problemas en el desarrollo antes de los 24 meses del niño, con una media de detección de 28 meses de edad (Grafica1), el 62.3% (43) procedían de Montevideo y el 37.7% (26) del interior del país.

En cuanto a la escolarización el 52.2% (36) concurre a escuela curricular, el 27.5%(19) lo hace a escuela especial y el 20.3%(14) restante concurre a escuela curricular y escuela especial.

En Montevideo el 49%(21) de los niños concurre a escuela curricular, un 76% (16) de estos lo hacen de forma adecuada, cumpliendo con todo el turno de la misma mientras que un 24%(5) lo hacen de forma no adecuada (horario incompleto, no concurrir todos los días, o concurrir con persona de apoyo: familiar o maestra de apoyo).Concurren a escuela especial el 28%(12) de los niños, y un 23% (10) concurren a su vez a escuela curricular y especial.

Existe una relación de 1.75:1 escuela curricular a especial.

En el interior concurren a escuela curricular el 58% (15) de los niños, haciéndolo de forma adecuada el 60 % de ellos (9) y 40 % (6) de forma no adecuada. 27% (7) de los niños concurren a escuela especial, y 15%(4) a escuela curricular y especial.

Por cada dos niños que concurren a escuela curricular, uno lo hace a escuela especial relación (2:1).

Presentaron tratamiento multidisciplinario: farmacológico, conductual y de comunicación 58% (40), 5,8% (4) reciben únicamente tratamiento farmacológico, mientras que en un 31,9% (22) se presenta tratamiento conductual y de comunicación. En 3 de los niños, se desconocían datos con respecto al tratamiento.

En relación a la evolución se observó una buena evolución en 64% (54) de casos, regular 18.8% (13), y una mala evolución en 2.9% (2).

En cuanto a la detección y tipo de síntomas iniciales, como se muestra en la tabla 2 los síntomas más frecuentes detectados fueron alteraciones en el lenguaje (ausencia, dificultad o regresión del lenguaje) en el 24.6% (17), problemas de conducta 15.9% (11) y problemas de interacción social 4% (6). Se observaron 53,6 % (37) que presentaban combinación de síntomas en más de una área, de los cuales en el 86.5% (32) de ellos se constató el lenguaje afectado acompañando las otras áreas. Los primeros síntomas fueron notados por los familiares cercanos en un 71% (49) (madres, padres, abuelos), 21.8% (15) sector institucional educativo (maestros y psicólogos de instituciones), 7,2% (5) pediatras y médicos del primer nivel de atención. Los pacientes

ingresaron a la unidad especializada de TEA con una edad promedio de 5 años, referidos por Neuropediatra 48% (34), Psiquiatras del primer nivel 35% (24), otros profesionales de la salud 17% (11).

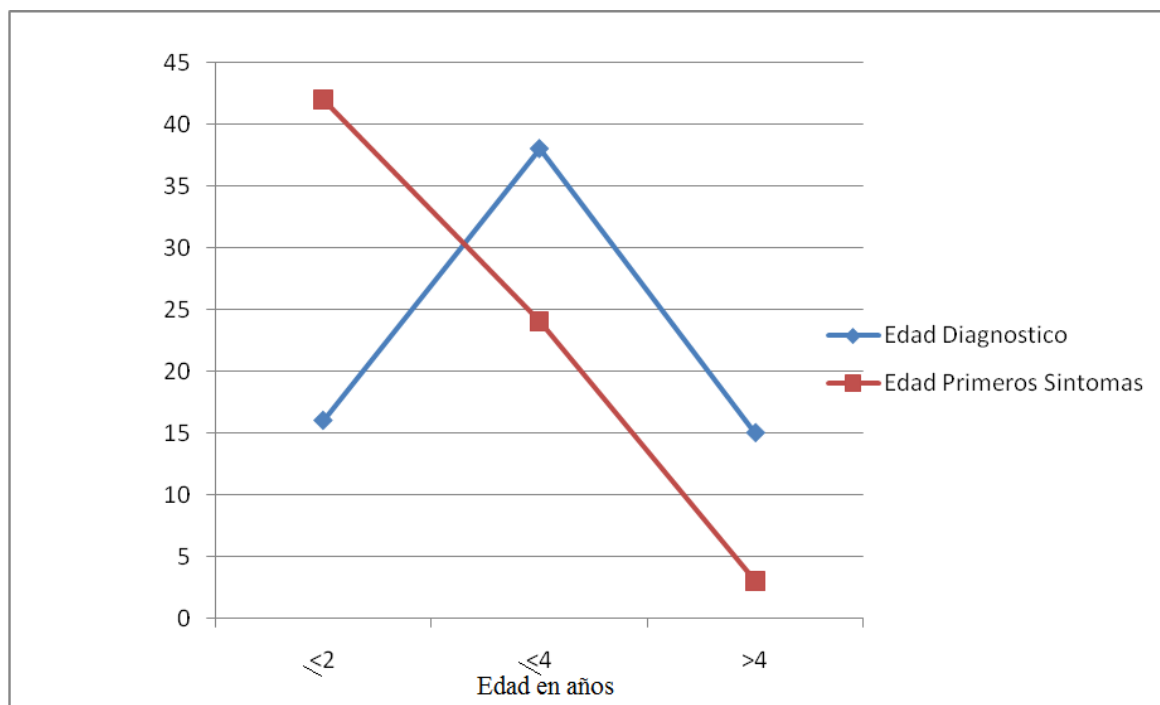
Tabla 1. Características de la población (n= 69)

VARIABLE	CATEGORIA	FA(n)	Fr (%)
Sexo	Femenino	12	17.4
	Masculino	57	82.6
Edad de diagnóstico	Menor a 1 año	0	0
	1 a 4 años	55	79.7
	5 a 9 años	14	20.3
	10 a 14 años	0	0
Procedencia	Montevideo	43	62.3
	Interior	26	37.7
Escolarización	Curricular	36	52.2
	Especial	19	27.5
	Curricular y Especial	14	20.3
Tratamiento	Farmacológico	4	5.8
	Terapia Conductual y de Comunicación	22	31.9
	Ambos Tratamientos	40	58.0
	Sin Datos	3	4.3
Evolución	Buena	54	78.3
	Regular	13	18.8
	Mala	2	2.9

Tabla 2. Detección y tipo de síntomas iniciales (n=69)

PRIMEROS SINTOMAS OBSERVADOS	FA(n)	FR (%)
Alteraciones en el Lenguaje	17	24.6
Alteraciones en la Conducta	11	15.9
Alteraciones en la Socialización	4	5.8
Alteración en mas de un área	37	53.7
DETECCION DE PRIMEROS SINTOMAS	FA(n)	FR (%)
Ámbito Familiar	49	71.0
Ámbito Sanitario	5	7.3
Ámbito Educativo	15	21.7

Grafica 1. Distribución de frecuencias según edad de diagnóstico y edad de primeros síntomas.



11. DISCUSION

Este es el primer estudio que se realiza sobre las características de los pacientes con trastorno de espectro autista en Uruguay.

En cuanto a la distribución del sexo en la población con TEA, en nuestro estudio como en datos internacionales existe predominio de casos masculinos sobre los femeninos, siendo la relación 1 mujer por cada 4 varones⁹. Esta diferencia a lo largo de los años no ha variado, habiéndose postulado diferentes teorías acerca de dicha prevalencia. Se cita la Teoría del Cerebro Extremadamente Masculino y la teoría del Cromosoma X, además de mutaciones en el gen SHANK1¹⁰, que intentan explicar esta diferencia entre varones y mujeres.

Si bien la mayoría de los niños residen en Montevideo, lugar donde reside la mayor población de nuestro país, creemos que pueden incidir que es un estudio realizado en la capital donde se accede a través de la derivación de algún especialista del Sistema de Salud. La limitante de la distancia, la accesibilidad y dificultad económica podrían influir.

Es de destacar la importancia del diagnóstico precoz de TEA para iniciar de manera oportuna con una intervención multidisciplinaria, logrando mejor pronóstico, brindándole herramientas para el control de su comportamiento, comunicación, y habilidades funcionales en general¹¹. Si bien se hace hincapié en la necesaria detección temprana¹², en nuestro estudio la edad media de diagnóstico fue de 3,6 años, similar a publicaciones regionales^{13,9} pero alejada de reportes de Howlin y Cols. donde la edad media de diagnóstico fue 2,7 años; estudios realizados en países desarrollados¹⁴.

Cuando se analiza el retraso entre la sospecha de los padres que motiva la consulta y el diagnóstico por parte de profesionales, la experiencia del Servicio de Clínicas Interdisciplinarias del Hospital Garrahan es una demora de 19,8 meses¹³, mientras que cifras europeas del GETEA¹⁵ son de 13,9 meses. Como motivos de este retraso se cita la demora en el acceso a especialistas, la minimización de los síntomas por parte del equipo de salud, los errores diagnósticos. En este estudio no fue analizado este aspecto, siendo de importancia en futuros trabajos.

Se observó en este estudio al igual que bibliografía analizada, que son los familiares, en su mayoría los padres, quienes detectan los primeros síntomas anormales.

Aunque encontramos que existe una enorme variabilidad en la detección por parte de la familia que en su mayoría se extiende entre los 6 meses y los 4 años, la mayor parte de los padres

observaron los primeros síntomas antes de los 2 años del niño decidiendo concurrir a consulta con su médico tratante. En orden decreciente, sigue el ámbito educativo como responsable de pesquisar síntomas posiblemente anormales. Por último es el rol participativo del ámbito sanitario, quiénes detecta síntomas anormales en menor proporción, coincidiendo estos datos en orden y similar proporción con estudios similares¹⁶.

Los síntomas iniciales de mayor preocupación para los familiares son los relacionados con las alteraciones en la comunicación, especialmente la ausencia de lenguaje oral: niño no responde a su nombre o evita la mirada. Estas actitudes van seguidas de alteraciones de la conducta: estereotipias, comportamientos restringidos, asociado a alteraciones en las relaciones sociales. Estos síntomas generalmente son los más percibidos por los profesionales del área educativa llamando principalmente la atención la “Falta de atención del niño, o de interés, falta de curiosidad” sobre lo que otros hacen o dicen, “relaciones con los pares no adecuadas al nivel de desarrollo” y “rabietas injustificadas”.

Estos datos han sido coincidentes tanto con estudios realizados en Europa, como en Latinoamérica, incluso con cifras similares de distribución de los síntomas¹⁸. Una vez más se destaca el rol del pediatra como eje principal en el cuidado y desarrollo del binomio niño-familia. En Uruguay se ha desarrollado la “Guía Nacional de Vigilancia del desarrollo del niño y la niña menores de 5 años”¹⁹, implementada en el 2010 y que a partir del 2014 se han hecho ajustes de precisión al instrumento, siendo ésta una herramienta de screening de gran utilidad en la práctica general y pediátrica.

La escolarización en niños con TEA es hasta la actualidad un aspecto esencial que incide en la evolución de dicho trastorno, el cual está altamente influenciado por el aporte educativo brindado a estos niños. Lo que se conoce hasta el momento entorno a la educación, alude a que la mayoría de niños diagnosticados con TEA en etapa infantil y primaria concurren a la educación ordinaria. En nuestro estudio un poco más de la mitad concurre a escuela curricular, y un porcentaje importante realiza educación mixta. En este punto creemos que influyen factores económicos y que no todas las escuelas tienen la estrategia de inclusión²⁰.

Desde hace algunos años a la actualidad, se está tratando de implementar programas de integración inversa e instrucción extraescolar en donde estos niños reciben una educación sistemática, individualizada y completa en distintos entornos comunitarios y reales en donde a futuro podrán insertarse. El modelo mixto en donde la población de niños que asiste a escolarización especial pueda beneficiarse y concurrir a escuela curricular y relacionarse con los demás niños en ciertas ocasiones definidas, sería el modelo a seguir en la correcta instrucción socioeducativa en el TEA²¹.

Que dicho modelo mixto se lleve a cabo, no solo ayuda al niño con TEA a tener una interacción social normal, sino que ayuda a los niños sin este trastorno a conocer las necesidades especiales de los niños con TEA, fomentando así la facilitación del máximo desarrollo, su bienestar, permitiéndoles así una atmósfera inclusiva social desde temprana edad ²¹.

La etiología del TEA aún sigue siendo desconocida, por esto, no se ha logrado un tratamiento único e ideal para todos los niños que poseen dicho trastorno ya que existen tratamientos que mientras en algunos pacientes genera efectos favorables en otros no produce ningún tipo de reacción positiva²².

Los tratamientos para los niños con TEA apuntan al alivio sintomático ya que se trata de una enfermedad crónica buscando adherencia al tratamiento y potenciar la acción de cada uno de ellos²³. Es fundamental brindar a estos niños el tratamiento individualizado y sistemático a temprana edad ajustado a las necesidades de cada caso en particular.

En relación a la evolución según la bibliografía analizada la mayoría de las investigaciones^{24, 25, 26} muestra una pobre respuesta, siendo los niños con mejores resultados los que presentaban un autismo de alto funcionamiento. Sigue estando presente la sintomatología que los estigmatiza, aunque también en la gran mayoría de los casos se suaviza la gravedad con el paso del tiempo, signo que podría considerarse de buena evolución con respecto a su trastorno y sus limitaciones, si bien son estudios realizados en pacientes adolescentes y adultos. De todos modos, hay evidencia suficiente de la relación entre detección e intervención temprana, con el pronóstico favorable de estos pacientes a largo plazo^{27, 28}.

12. REFLEXIONES

Creemos que éste estudio será de aporte al sistema de salud y políticas de estado para poder brindar apoyo en el diagnóstico inicial y tratamiento posterior a los niños y familias que padecen de una enfermedad crónica que los estigmatiza y les disminuye la calidad de vida. En cada niño con TEA, existe un entorno que debe adaptarse a este nuevo universo especial que se construye día a día, y en esos pasos, tratando de facilitarlos, es en donde tiene lugar este trabajo.

13. LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones de este estudio, se cita el tamaño de la muestra que no permite la generalización de los resultados, por lo que los datos obtenidos deben entenderse como orientativos.

El número de pacientes obtenido se vio disminuido del registro inicial de la unidad debido a depuración de historias clínicas que no consignaban diagnóstico de TEA, historias clínicas extraviadas, registros incompletos que no permitían evaluar las variables de interés, registros de datos ilegibles imposibilitando la correcta tarea.

Al solicitar el consentimiento informado la mayor dificultad encontrada fue números de teléfonos erróneos, cambiados y teléfonos con los que fue imposible comunicarse luego varios intentos.

Como fortaleza destacamos que el número de historias evaluadas cumplía con las antes mencionadas medidas de depuración, asegurando que la totalidad de los datos que fueron obtenidos eran correctamente claros y legibles, imprescindible para garantizar la veracidad de los registros y del presente estudio.

14. DECLARACION DE FINANCIAMIENTO Y CONFLICTO DE INTERESES

El estudio fue financiado por los autores. Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

15. AGRADECIMIENTOS

Queremos reconocer y agradecer a la unidad de Psiquiatría del Hospital Pereira Rossell, a cargo de Dra. Gabriela Garrido y residentes, por habernos brindado la unidad como recurso físico y su disponibilidad horaria frente a inquietudes del procedimiento a seguir en el proceso de trabajo. Al servicio de registros médicos por la buena organización y disposición a la hora de brindarnos las historias clínicas y de mantener su integridad.

Agradecemos también a Policlínica Comunidad del Hospital Saint Bois, donde se nos brindó recurso telefónico para realizar el consentimiento destacando la buena disposición y asesoramiento del personal.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1-C. Barthélemy, J. Fuentes, R. Van der Gaag, P. Visconti. Descripción del autismo [monografía en Internet].Asociación Internacional Autismo-Europa, 2000.
- 2-A. Santoro, G. Garrido, V. Kanopa, G.Giachetto Proyecto ECHO: una estrategia para mejorar la detección y atención de las personas con autismo.Opción Médica. Junio 2015; 53:6-12.
- 3- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM.Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- 4-Dsm-5 : ¿Cambio De Paradigma En La Clasificación De Los Trastornos Mentales? 2013; 18:255–86.
- 5- Agda P, Garrido G, De P, Estrategias Ó. Unidad Docente Asistencial de Trastornos del Espectro Autista Clínica de Psiquiatría Pediátrica – Facultad de Medicina UDELAR Hospitalario Pediátrico Pereira Rossell Montevideo – Uruguay Introducción : Antecedentes La Unidad de TEA : Objetivos de la Unida. 2005; 8.
- 6- Agda P, Garrido G. Jornada en Durazno. 2014.
- 7- Report MW. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. MMWR Surveill Summ [Internet]. 2014;63(2):1–21. Available from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24670961>
- 8- Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child 1943; 2: 217- 250
- 9-Talero-Gutiérrez C, Rodríguez M, De La Rosa D, Morales G, Vélez-Van-Meerbeke a. Caracterización de niños y adolescentes con trastornos del espectro autista en una institución de Bogotá, Colombia. Neurología. 2012; 27(2):90–6.
- 10- Pardo-Govea T, Solís-Áñez E. Aspectos inmunogenéticos del autismo. Revisión. Invest Clin. 2009; 50(3):393–406.
- 11- J.M. Hernández et al. Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista.Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica (INVANEP). España. Revista de Neurología; 50, suplemento 3. Año 2010.
- 12- Díez-cuervo a, Muñoz-yunta J a, Fuentes-biggi J, Canal-bedia R, Idiazábal-aletxa M a, Palacios S, et al. Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. Rev neurológica [Internet]. 2005;41(5):299–310. Available from: http://www.psicomed.net/articulos/diag_autismo.pdf
- 13- Bellotti C. Diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista en edad temprana (18-36 meses). Assessment. 2007;105(5):418–26.

- 14- Howlin P, Magiati I. Systematic Review of Early Intensive Behavioral Interventions for Children With Autism. *Heal* (San Fr. 2009;114(1):23–41.
- 15- Posada M. Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista. Informe sobre el Proceso Diagnóstico. Disponible en:http://ier.isciii.es/autismo/pdf/aut_getea.pdf.
- 16- J.M. Hernández et al. Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica (INVANEP). España. *Revista de Neurología*; 50, suplemento 3. Año 2010.
- 17- Bravo Oro a., Vázquez Briseño J, Cuello García C a., Calderón Sepúlveda RF, Hernández Villalobos a. M, Esmer Sánchez C. Manifestaciones iniciales de los trastornos del espectro autista. Experiencia en 393 casos atendidos en un centro neurológico infantil. *Neurologia*. 2012;27(7):414–20.
- 18- Canal-bedia R, García-primo P, Hernández-fabián A, Magán-maganto M, Sánchez AB, Paz MP. De la detección precoz a la atención temprana : estrategias de intervención a partir del cribado prospectivo. 2015;60 (Supl 1):25–9.
- 19- Ministerio de Salud Pública, Área Ciclos de Vida y Programa Nacional de Salud de la Niñez, Guía Nacional para la vigilancia del Desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años. MSP Uruguay .Año 2010.
- 20- Grupo de estudio de los trastornos del espectro autista. Encuestas realizadas a familiares de personas con autismo en España: Informe sobre Demora Diagnóstica. Trastorno de Asperger. Madrid: Instituto sobre Enfermedades raras; Disponible en: http://ier.isciii.es/autismo/pdf/aut_isdd2.pdf.
- 21- Manuela Crespo Cuadrado. Autismo y Educación. III Congreso “La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo”. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca). Año 2001.
- 22- Ángel Riviére. Autismo: Orientaciones para la intervención educativa. Madrid. Editorial Trotta. Año 2001.
- 23- M. Alessandri et al. Can We Cure Autism? : From Outcome To Intervention. *Revisión Neurología*. Año 2015.
- 24- Fernando Mulas et al. Modelos de intervención en niños con autismo. Villena, Alicante, España. *Revista de Neurología*. Año 2010.
- 25- Martos-Pérez J, Freire-Prudencio S, González-Navarro A, Llorente-Comí M, Ayuda-Pascual R. Evolución y seguimiento de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol* 2013; 56 (Supl 1): S61-6.

- 26- Hannah H. Schertz, Crystal Baker, Sarah Hurwitz and Lauren Benner. Principles of Early Intervention Reflected in Toddler Research in Autism Spectrum Disorders. *Topics in Early Childhood Special Education* 2011 31: 4 originally published online 15 October 2010
- 27- Brian Reichow. Overview of Meta-Analyses on Early Intensive Behavioral Intervention for Young Children with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord* DOI 10.1007/s10803-011-1218-9
- 28-Zalaquett F Daniela, Schönstedt G Marianne, Angeli Milagros, Herrera C Claudia, Moyano C Andrea. Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastornos del espectro autista. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2015 Abr [citado 2015 Sep 28]; 86(2): 126-131. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000200011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.04.025>.

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Quien le habla (Dra: Anabella Santoro, Maria J. Carugati, Lucía Maurente o Estudiante de sexto año de Medicina: Yessica Alvarez, Valeria Beron, Valeria Camaño, Leslye Camejo o Maria Rama) es uno de los investigadores responsables de la investigación: “*CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA ASISTIDOS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSELL EN EL PERÍODO MARZO 2010-MARZO 2015*” .

Esta investigación se realiza en la Unidad Especializada de Trastornos del Espectro Autista de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rosell que nos proporcionó su nombre y un teléfono de contacto.

Se busca conocer cuales son las características de los niños con Trastorno del Espectro Autista que se asisten en la unidad, en cuanto a edad de diagnóstico, sexo, responsable de la detección inicial, acceso al tratamiento y evolución.

En caso de que Ud. Decida que su hijo participe se accederá a estos datos revisando su historia clínica.

En caso que decida no participar, no implicará ningún perjuicio para su hijo en su atención en salud ni de ningún otro punto de vista.

Los datos recabados se utilizaran en forma de datos globales, manteniendo el anonimato de todos los involucrados y la confidencialidad de sus datos.

¿Le quedó alguna duda o pregunta?

¿Acepta participar del estudio?

Firma del investigador responsable de la veracidad de la obtención del consentimiento

*** Se solicitará el consentimiento informado telefónicamente**