

Preguntas para responder

Definición y clasificaciones

1. ¿Cuál es la definición del trastorno del espectro autista en la quinta edición (texto revisado) del Manual Diagnóstico y estadístico de Trastornos mentales (DSM-5-TR por sus siglas en inglés) y qué cuadros clínicos incluye?
2. ¿Cómo se clasifica el TEA dentro del DSM-5-TR?

Criterios diagnósticos

3. En los niños y niñas menores de 6 años ¿qué criterios diagnósticos debe cumplir un cuadro clínico para clasificarlo dentro de la categoría de TEA en el DSM-5-TR?
4. En niños y niñas menores de 6 años ¿Son útiles los criterios diagnósticos establecidos en los manuales DSM o CIE-11 (clasificación internacional de enfermedades) para el diagnóstico del TEA?

Detección precoz

5. ¿Cómo debe ser el seguimiento de la salud infantil en Atención Primaria para detectar precozmente problemas en el desarrollo?
6. ¿Existen señales de alerta/criterios de sospecha específicos de los TEA útiles para la detección precoz en Atención Primaria?
7. ¿Qué escalas de evaluación de sospecha de TEA son más efectivas?
8. ¿Cuál es la edad mínima en la que es posible la detección de signos de alerta o señales de alarma que indiquen un posible TEA?

Estrategia de manejo de sospecha de TEA en AP

9. ¿Cuáles son los pasos a seguir ante la sospecha de TEA? ¿Cuáles son los criterios de derivación de los TEA? – algoritmo

Estrategia para el seguimiento de niños y niñas con TEA en Atención Primaria

10. ¿Cómo planificar la consulta de los niños y niñas con TEA en Atención Primaria? y ¿Qué aspectos deben ser explorados/seguídos en la consulta de Atención Primaria de los niños y niñas con TEA?

Certeza de la evidencia y fuerza de las recomendaciones GRADE

Sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*).

1. Clasificación de la calidad de la evidencia en el sistema GRADE

Calidad de la evidencia	Diseño del estudio	Disminuir la calidad si:	Aumentar la calidad si:
Alta	ECA	Limitación en el diseño: Importante (-1) Muy importante (-2) Inconsistencia: Importante (-1) Muy importante (-2) Evidencia directa: Importante (-1) Muy importante (-2) Imprecisión: Importante (-1) Muy importante (-2) Sesgo de publicación: Alta probabilidad (-1)	Asociación: - Evidencia científica de una fuerte asociación ($RR^* > 2$ o $< 0,5$ basado en estudios observacionales sin factores de confusión (+1)) - Evidencia científica de una muy fuerte asociación ($RR^* > 5$ o $< 0,2$ basado en estudios sin posibilidad de sesgos (+2)) Gradiente dosis respuesta (+1) Consideración de los posibles factores de confusión: Los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado (+1)
Moderada	–		
Baja	Estudios observacionales		
Muy baja	Otros tipos de diseño metodológico		

* RR: riesgo relativo

2. Implicaciones de la fuerza de recomendación en el sistema GRADE

Implicaciones de una recomendación fuerte		
Pacientes y familiares	Pacientes y familiares	Pacientes y familiares
La inmensa mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones
Implicaciones de una recomendación débil		
Pacientes y familiares	Clínicos	Gestores/Planificadores
La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada, pero un número importante de ellos no	Diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes y el/la médico/a tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés

3. Interpretación de la calidad de la evidencia y fortaleza de las recomendaciones

3.1. Calidad de la evidencia en el sistema GRADE

Calidad de la evidencia	Interpretación	Símbolo
ALTA	Confianza alta en que el estimador del efecto disponible en la literatura científica se encuentra muy cercano al efecto real	⊕⊕⊕⊕
MODERADA	Es probable que el estimador del efecto se encuentre cercano al efecto real, aunque podrían existir diferencias sustanciales	⊕⊕⊕○
BAJA	El estimador del efecto puede ser sustancialmente diferente al efecto real	⊕⊕○○
MUY BAJA	Es muy probable que el estimador del efecto sea sustancialmente diferente al efecto real	⊕○○○

3.2. Fortaleza de las recomendaciones

Fortaleza de las recomendaciones	Interpretación	Símbolo
Fuerte a favor de una intervención	Confianza en que los efectos deseados de la intervención superan a los no deseados	↑↑
Débil a favor de una intervención	Los efectos deseables probablemente superan a los efectos no deseables, pero con una incertidumbre apreciable	↑?
Fuerte en contra de una intervención	Confianza en que los efectos no deseados de la intervención superan los deseados.	↓↓
Débil en contra de una intervención	Los efectos no deseables probablemente superan a los efectos deseables, pero con una incertidumbre apreciable	↓?

Buenas prácticas clínicas

BPC*	Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo elaborador
-------------	---

* En ocasiones, el grupo elaborador se percata de que existe algún aspecto práctico sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual, probablemente, no existe evidencia científica que lo soporte. En general, estos casos se relacionan con algún aspecto del tratamiento considerado como buena práctica clínica y que nadie cuestionaría. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica

Niveles de evidencia y grados de las recomendaciones SIGN

Sistema SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*).

1. Niveles de evidencia

1++	Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgos
1+	Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgos y con alta probabilidad de establecer una relación causal
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgos y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgos y riesgo significativo de que la relación no sea causal
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos
4	Opinión de expertos

2. Grados de recomendación

A	Al menos un meta-análisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos
B	Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2++, directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+
Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo	
√*	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor

*En ocasiones, el grupo elaborador se percata de que existe algún aspecto práctico sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual, probablemente, no existe evidencia científica que lo soporte. En general, estos casos se relacionan con algún aspecto del tratamiento considerado como buena práctica clínica y que nadie cuestionaría. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica

Recomendaciones de la GPC

Detección precoz	
D, vigente	Profesionales sanitarios y del ámbito de la educación deben comentar regularmente con los padres y madres el desarrollo psicomotor, intelectual y conductual de sus hijos e hijas (al menos entre los 8 – 12 meses, entre los 12 y 24 meses, entre los 2 – 3 años y entre 4 – 5 años) como parte del seguimiento de la salud infantil.
D, vigente	Los equipos profesionales sanitarios deben incorporar un alto nivel de vigilancia en los campos de desarrollo social, juego, lenguaje y comportamiento para la identificación temprana de los TEA y otros trastornos del neurodesarrollo.
√, vigente	En la vigilancia del desarrollo infantil en Atención Primaria, como ayuda para detectar cualquier trastorno del desarrollo, incluidos los TEA, es aconsejable el uso de escalas (como la escala Haizea-Llevant desarrollada en nuestro contexto) (Anexo 2).
Señales de alerta	
D, √, vigente	Los y las profesionales sanitarios deben monitorizar el desarrollo de los niños y niñas teniendo en cuenta las “señales de alerta” propuestas (Anexo 2): • Señales de alerta inmediata. • Compendio de señales de alerta de TEA según periodos de edad.
Débil a favor, adoptada	Al considerar la posibilidad de autismo se debe tener en cuenta que: • Los signos y síntomas deben ser analizados en el contexto del desarrollo general del niño y niña o joven. • Los signos y síntomas no siempre son reconocidos por padres, madres, cuidadores, los propios niños, niñas, jóvenes o por otros profesionales. • Cuando los niños y niñas mayores o jóvenes presentan por primera vez un posible autismo, los signos o síntomas pueden haber sido previamente enmascarados por mecanismos de afrontamiento del niño, niña o joven y/o un entorno de apoyo. • Es necesario tener en cuenta la variación cultural, pero no se debe asumir que el retraso del lenguaje es debido a que el castellano no es el primer idioma de la familia o por dificultades auditivas tempranas. • El diagnóstico de autismo puede fallar en niños y niñas o jóvenes con una discapacidad intelectual.

Señales de alerta (continuación)	
Débil a favor, adoptada	• El diagnóstico de autismo puede fallar en niños y niñas o jóvenes que son verbalmente capaces. • El autismo puede estar infradiagnosticado en las niñas. • La información importante sobre el desarrollo temprano puede no estar fácilmente disponible en algunos niños, niñas y jóvenes, por ejemplo, los niños y niñas vigilados o tutelados y los incluidos en el sistema judicial. • Los signos y síntomas pueden no ser explicados por experiencias perturbadoras en el hogar o problemas mentales o enfermedad física de los padres y madres.
Escalas de evaluación de sospecha de TEA	
C, vigente	El cribado poblacional para el TEA no está recomendado con los instrumentos desarrollados actualmente.
Débil a favor, adoptada	Tener en cuenta que los instrumentos para identificar a los niños, niñas y jóvenes con una mayor probabilidad de autismo pueden ser útiles para recopilar información sobre los signos y síntomas de autismo de una manera estructurada pero no son esenciales y no deben ser utilizados para realizar o descartar un diagnóstico de autismo. También se debe tener en cuenta que: • Un resultado positivo en las herramientas para identificar una mayor probabilidad de autismo puede respaldar la decisión de derivar por sospecha de autismo, aunque también puede deberse a razones distintas al autismo. • Un resultado negativo no descarta el autismo.
Edad mínima de sospecha	
C, vigente	Los y las profesionales deben vigilar la presencia de posibles señales de alarma desde al menos los 6 meses de edad.
✓, vigente	Dado que no se ha evidenciado una edad mínima para detectar alteraciones, la derivación a Atención Especializada puede ser considerada a cualquier edad en que se sospeche un TEA.
BPC, de novo	El TEA debe ser incluido en el diagnóstico diferencial en los niños y niñas de cualquier edad en los que se detectan signos o síntomas de alerta de trastorno del neurodesarrollo.

Manejo y seguimiento de los niños y niñas con TEA	
√, vigente	Los y las profesionales deberán tener en cuenta la sintomatología y los trastornos conductuales de los niños y niñas con TEA para preparar, en coordinación con los padres y madres, las consultas del niño o niña y prevenir confusión o sobreestimulación y posibles problemas de salud o hábitos de riesgo.
C, vigente	Conviene filiar a los niños y niñas con TEA en cuanto al nivel madurativo (cociente intelectual o nivel de desarrollo) por ser un importante factor pronóstico, que condiciona la evolución global (aprendizajes, comunicación, habilidades sociales).
B, vigente	Los equipos profesionales pueden utilizar intervenciones con apoyo visual como el uso de pictogramas, viñetas, imitación en muñecos, para apoyar los procesos de comunicación en los niños y niñas con TEA. Ej.: para mostrarles el instrumental, procedimientos y técnicas, exploración del dolor y otros síntomas.
D, vigente	Los y las profesionales deberán utilizar frases cortas, simples, sin dobles sentidos para comunicar previamente al niño y niña lo que se le va a hacer, y utilizar órdenes directas cuando hay que solicitarles algo, utilizando la ayuda de los padres y madres para entenderles y comunicarse.
√, vigente	En la consulta de niños y niñas con TEA, los y las profesionales de Atención Primaria deberían tener en cuenta: • Coordinarse con los padres y madres para que estos anticipen la consulta al niño o niña. • Procurar que no esperen en la sala de espera mucho tiempo, sobre todo si esta está llena con otros pacientes. • Confíe en el criterio de manejo de los padres y madres. • Procure recibirle en un ambiente ordenado y tranquilo. • Los refuerzos con premios (juguetes, pegatinas y otros) pueden facilitar futuras visitas. • En el caso de necesitar un determinado procedimiento que implica contacto físico hay que valorar el riesgo / beneficio de realizarlo. Por ejemplo, extracción sanguínea, donde habría que prepararle en la medida de lo posible, flexibilizar normas como permitir el acompañamiento de los padres y madres, o adaptar el procedimiento si fuera necesario. • Se debe estar atento a las alteraciones sensoriales y de conducta para detectar: síntomas enmascarados como el dolor, determinados hábitos nocivos o peligrosos como inhalar o ingerir sustancias tóxicas, autoagresiones. • Ajustar el formato de la medicación a las preferencias del niño y niña en la medida de lo posible (ej. jarabes en vez de comprimidos).

Manejo y seguimiento de los niños y niñas con TEA (continuación)	
D, vigente	Los y las profesionales deberán vigilar el estado nutricional de los niños y niñas con TEA, recomendando suplementos dietéticos si fuera necesario o incluso derivando.
D, vigente	Los y las profesionales deberán manejar los problemas gastrointestinales de los niños y niñas con TEA de la misma manera que en niños y niñas sin TEA, teniendo en cuenta que la existencia de problemas digestivos funcionales (estreñimiento, alteraciones del ritmo intestinal, y otros) puede tener mayores consecuencias comportamentales y adaptativas que en población sin TEA.
√, vigente	Los y las profesionales deben informar a los padres y madres sobre hábitos saludables como la dieta o el ejercicio y la realización de actividades de ocio y tiempo libre, seleccionando aquellas que, dentro de las posibilidades familiares y la oferta comunitaria, proporcionen mayor disfrute y bienestar al niño y niña.
D, vigente	Se deberá vigilar la higiene bucal de los niños y niñas con TEA. En caso de que se comiera la pasta dentífrica, recomendar otra sin flúor. Las asociaciones de pacientes y familiares pueden orientar sobre qué dentistas tienen experiencia atendiendo a niños y niñas con autismo, ya que en ocasiones pueden ser necesarias algunas adaptaciones en los procedimientos. Lo mismo ocurre si precisa revisión oftalmológica.
B, vigente	Todos los niños y niñas con TEA deben seguir el calendario vacunal indicado al igual que el resto de la población infantil, incluyendo la vacunación de la triple vírica (Rubéola, Sarampión y Paperas). Los y las profesionales deberán informar de la importancia de ello a los padres y madres.
C, vigente	Los y las profesionales de Atención Primaria deben vigilar la presencia de trastornos del sueño.
C, vigente	Los y las profesionales deberán informar a los padres y madres de que no existe evidencia de que el TEA esté relacionado con trastornos digestivos.
A, B, modificada	Los y las profesionales deberán informar a los padres y madres de que actualmente no existe evidencia de la efectividad de las dietas libres de gluten y caseína, secretina, vitamina B6 + magnesio, ácidos grasos Omega-3, dimetilglicina y oxígeno hiperbárico, para el tratamiento específico de los TEA.
C, D, vigente	Los y las profesionales deberán informar a los padres y madres de que actualmente no existe evidencia de la efectividad de terapias con antimicóticos, quelantes e inmunoterapia.
√, vigente	Los y las profesionales deben informar a los padres y madres de que existen en la actualidad determinados “tratamientos alternativos” que no tienen base científica que respalde su uso y que pudieran ser potencialmente peligrosos, por lo que se les recomienda tengan en cuenta sólo aquellas intervenciones recomendadas por los y las profesionales.