

## Anexo 26. Cribado de los trastornos del espectro autista

### Objetivos

Establecer los criterios de cribado de los trastornos del espectro autista para detectar a los niños de riesgo en el marco del Programa de Salud Infantoadolescente.

### Destinatarios

Equipos de atención pediátrica de la atención primaria.

### Población diana

Población pediátrica.

### Periodicidad

En todas las revisiones individuales de Programa de Salud Infantoadolescente y en las consultas a demanda ante una apreciación subjetiva de la familia.

### Justificación

El motivo por el que se justifica esta actividad en el Programa de Salud Infantoadolescente es sensibilizar a los pediatras sobre la posibilidad de mejorar la detección precoz de los trastornos del espectro autista (TEA), hacer un seguimiento exhaustivo del desarrollo en los niños con mayor riesgo de sufrirlos e identificar de forma temprana las señales de alerta que ayuden a detectar estas alteraciones.

### Prevalencia

Según la Organización Mundial de la Salud, se calcula que 1 de cada 160 niños padece algún TEA. Esta estimación representa una cifra media, pues la prevalencia observada varía considerablemente entre los distintos estudios. No obstante, en algunos estudios bien controlados se han registrado cifras notablemente mayores: investigaciones más recientes (Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, 2014) apuntan a que actualmente 1 de cada 68 niños de 8 años podría presentar un trastorno de este tipo, lo que convierte a los TEA en un problema de salud pública.

### Definición

Los TEA son trastornos del neurodesarrollo que se detectan en los primeros años de vida y que afectan y alteran de forma muy significativa y diversa tres áreas fundamentales del desarrollo: la comunicación verbal y no verbal, la interacción social recíproca y la conducta, con el desarrollo de un repertorio restringido de intereses y comportamientos. Estas alteraciones persisten a lo largo de la vida y se presentan con características diferentes según el momento de desarrollo.

La detección precoz facilita la intervención temprana en el niño con algún TEA y en su familia, lo que contribuye a reducir el estrés de la familia, aumentar su capacidad de afrontar el problema y desarrollar la adaptación social del niño en el futuro. Diferentes estudios demuestran que los primeros síntomas de autismo son mesurables desde el primer año de vida y observables con anterioridad.

Asociaciones de personas afectadas por el autismo destacan la importancia de que los profesionales en contacto con niños sepan identificar los síntomas de alarma y de que haya un circuito de derivación para hacer una evaluación especializada.

## DetECCIÓN PRECOZ DE LOS TEA

El proceso que debe seguir para garantizar la detección temprana eficaz de los TEA implica las acciones siguientes:

- Supervise el desarrollo psicomotor [anexo 19, “Aplicación de la escala Haizea-Llevant”, y anexo 20, “Supervisión del desarrollo psicomotor”].
- Durante la vigilancia rutinaria del desarrollo, valore de forma específica la adquisición de habilidades sociocomunicativas atendiendo los signos de alerta de los TEA en las distintas edades (véase el apéndice 1).
- Considere siempre los motivos de preocupación de la familia por ciertos aspectos del desarrollo, como las habilidades comunicativas o de interacción social. Debe tener presente que las manifestaciones más tempranas de los TEA consisten en estas alteraciones.
- En la revisión del Programa, debe tener en cuenta las señales de alarma por edad: pregunte, observe en la consulta y aplique las escalas de detección en las edades indicadas.
- Cuando detecte estas señales de alarma, valore el caso exhaustivamente. Es importante que no las considere leves o transitorias, aun cuando sean aisladas; recomendamos que no adopte una actitud de espera, pues hay que tenerlas en cuenta a cualquier edad.
- Derive el caso a un servicio especializado (IBSMIA o consulta de neuropediatría) para diagnosticarlo e iniciar una intervención temprana (SVAP, simultáneamente).
- Acortar el intervalo entre la aparición de los primeros signos y su detección es un factor que mejora significativamente el pronóstico de los niños con algún TEA.

## ESCALAS DE DETECCIÓN PRECOZ

Se usan dos escalas validadas que se aplican según la edad del paciente: M-CHAT-R/F y AMSE (examen del estado mental sobre el autismo, por *autism mental status exam*) [anexo 27, “Herramientas de cribado de los trastornos del espectro autista”]. No recomendamos aplicar la escala M-CHAT-R como instrumento de cribado para todos los niños de 18 a 24 meses.

Si el profesional, el padre o la madre detectan problemas de socialización y/o comunicación, conductas repetitivas o señales de alarma hay que utilizar una escala validada:

- Entre 18 y 30 meses, M-CHAT-R.
- A partir de 30 meses, AMSE.

En los casos de niños de riesgo, recomendamos la M-CHAT-R como instrumento de cribado a los 18-24 meses:

- Factores de riesgo perinatales: consumo de fármacos por la madre (valproato o sustancias teratógenas), infecciones perinatales, diabetes gestacional, sangrado gestacional, sufrimiento fetal, prematuridad, peso bajo, enfermedades metabólicas.
- Hermano/hermana con algún TEA.
- Edad avanzada del padre y de la madre.
- Alguno de los progenitores con antecedentes de trastorno mental grave: esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión.

## Cómo actuar en caso de sospecha de TEA

Si la enfermera de pediatría detecta cualquier señal de alarma o sospecha de ello en las visitas del Programa de Salud Infantoadolescente debe consultar al pediatra de atención primaria para hacer una nueva valoración:

1. Historia clínica con datos del desarrollo, antecedentes personales y familiares.
2. Evaluación física y neurológica: descarte problemas de audición o de visión y aplique la M-CHAT-R/F entre los 18 y los 30 meses de edad y la AMSE a partir de los 30 meses.
3. En caso de sospecha de autismo: registre el caso en el CAPDI y asegúrese de que el consentimiento informado está firmado.
4. Derive el caso al circuito EADISOC (véase el apéndice 2).

Si se detecta un caso en un centro educativo, debe derivarse al circuito EADISOC y simultáneamente al equipo de pediatría para completar la derivación con la historia clínica y la exploración física.

Si no se confirma la sospecha, recomendamos hacer un seguimiento estrecho de los aspectos sociocomunicativos del desarrollo en los controles rutinarios de salud hasta los 6 años.

Ante la sospecha clínica de TEA, debe mantener informada a la familia sin aventurar diagnósticos, dada la repercusión que podrían tener (véase el apéndice 3).

## Apéndice 1. Señales de alerta de TEA

En cualquier edad se pueden presentar los signos establecidos en las etapas previas. Estos factores, de forma aislada, no indican un TEA, pero deben alertar a los profesionales sobre el riesgo de sufrir algún TEA, de modo que la derivación dependerá de la situación en conjunto. Tampoco pueden interpretarse desde el punto de vista evolutivo del TEA, sino como posibles signos que se pueden encontrar en niños evaluados en cada franja de edad.

### *0-5 años: señales de alerta (Guía de práctica clínica del Ministerio de Sanidad y Política Social)*

1. Menos de 12 meses:
  - Poca frecuencia del uso de la mirada dirigida a personas.
  - No muestra anticipación cuando va a ser cogido.
  - Falta de interés en juegos interactivos simples como el “cucú-tras” o el “toma y daca”.
  - Falta de sonrisa social.
  - Falta de ansiedad ante los extraños alrededor de los 9 meses.
2. 12-18 meses:
  - Menor contacto ocular.
  - No responde a su nombre.
  - No señala para pedir algo (protoimperativo).
  - No muestra objetos.
  - Respuesta inusual ante estímulos auditivos.
  - Falta de interés en juegos interactivos simples como el “cucú-tras” o el “toma y daca”.
  - No mira hacia donde otros señalan.
  - Ausencia de imitación espontánea.
  - Ausencia de balbuceo social/comunicativo como si conversara con el adulto.

3. 18-24 meses:

- No señala con el dedo para compartir un interés (protodeclarativo).
- Dificultades para seguir la mirada del adulto.
- No mira hacia donde otros señalan.
- Retraso en el desarrollo del lenguaje comprensivo y/o expresivo.
- Falta de juego funcional con juguetes o presencia de formas repetitivas de juego con objetos (ej., alinear, abrir y cerrar, encender y apagar).
- Ausencia de juego simbólico.
- Falta de interés en otros niños o hermanos.
- No suele mostrar objetos.
- No responde cuando se le llama.
- No imita ni repite gestos o acciones que otros hacen (ej., muecas, aplaudir).
- Pocas expresiones para compartir afecto positivo.
- Antes usaba palabras pero ahora no (regresión en el lenguaje).

4. Menos de 36 meses

a) Comunicación:

- Ausencia o retraso en el lenguaje o déficit en el desarrollo del lenguaje no compensado por otros modos de comunicación.
- Uso estereotipado o repetitivo del lenguaje, como ecolalia o referirse a sí mismo en segunda o en tercera persona.
- Entonación anormal.
- Pobre respuesta a su nombre.
- Déficit en el comunicación no verbal (ej., no señalar y dificultad para compartir un foco de atención con la mirada).
- Fracaso en la sonrisa social para compartir placer y responder a la sonrisa de los otros.
- Consigue cosas por sí mismo, sin pedir las.
- Antes usaba palabras pero ahora no.
- Ausencia de juegos de representación o imitación social variados y apropiados al nivel.

b) Alteraciones sociales:

- Imitación limitada (ej., aplaudir) o ausencia de acciones con juguetes o con otros objetos.
- No muestra objetos a los demás.
- Falta de interés o acercamientos extraños a los niños de su edad.
- Escaso reconocimiento o respuesta a la felicidad o tristeza de otras personas.
- No se une a otros en juegos de imaginación compartidos.
- Fracaso a la hora de iniciar juegos simples con otros o participar en juegos sociales sencillos.
- Preferencia por actividades solitarias.
- Relaciones extrañas con adultos, desde una intensidad excesiva a una indiferencia llamativa.
- Escaso uso social de la mirada.

- c) Alteraciones de los intereses, de las actividades y de las conductas:
- Insistencia en rutinas y/o resistencia a los cambios en situaciones poco estructuradas.
  - Juegos repetitivos con juguetes (ej., alinear objetos, encender y apagar luces, etc.).
  - Apego inusual a algún juguete o un objeto que siempre lleva consigo y que interfiere en su vida cotidiana.
  - Hipersensibilidad a los sonidos, al tacto y a ciertas texturas.
  - Respuesta inusual al dolor y a estímulos sensoriales (auditivos, olfativos, visuales, táctiles y del gusto).
  - Patrones posturales extraños, como andar de puntillas.
  - Estereotipias o manierismos motores.

### ***5-11 años: señales de alerta de autismo (Guía del NICE de 2011)***

#### **1. Conducta de interacción y reciprocidad social**

- a) Lenguaje hablado:
- Uso muy limitado.
  - Tono de voz monótono, sin expresividad emocional.
  - Habla repetitiva (ecolalia), uso frecuente de frases estereotipadas (aprendidas), contenido dominado por el exceso de información sobre temas de su propio interés.
  - Dificultades para mantener una conversación recíproca, no respeta el turno de palabra.
  - Las respuestas a los demás pueden parecer groseras o inapropiadas.
- b) Respuesta a otros:
- Respuesta reducida o ausente a la expresión facial o sentimientos de los demás.
  - Respuesta escasa o nula al nombre cuando se le llama (habiendo descartado la sordera).
  - Dificultades sutiles para entender las intenciones de los demás; puede tomarse las cosas de forma literal y no entender la ironía o la metáfora.
  - Reducción o ausencia de la sonrisa social (sonrisa como respuesta a sonrisa de otros).
  - Reducción o ausencia de reconocimiento y/o respuesta a las expresiones faciales o los sentimientos de otras personas.
  - Conductas de evitación y respuestas inusuales ante la demanda de otras personas.
- c) Interacción con otros:
- Dificultad para reconocer y respetar el espacio personal o intolerancia si otras personas intentan entrar en el suyo.
  - Interés social reducido o ausente hacia los demás, que llega incluso al rechazo; las aproximaciones sociales pueden resultar inapropiadas (y pueden parecer agresivas).
  - Conductas sociales de encuentro o despedida reducidas o ausentes.
  - Poca o nula conciencia de la conducta socialmente esperada.
  - Falta de capacidad de participación en juegos sociales o de compartir ideas con otros, o suele jugar solo.
  - Dificultad para adaptar su estilo comunicativo a las diferentes situaciones sociales (o muy formal o demasiado familiar).
  - No disfruta de situaciones en que otros niños lo harían (ej., cumpleaños, salidas).
  - Hace comentarios sin tener en cuenta sutilezas o jerarquías sociales.

- d) Contacto ocular, señalar y otros gestos:
  - Poca o nula integración del habla y la comunicación no verbal (gestos, expresiones faciales, orientación del cuerpo, contacto ocular) en la interacción social.
  - Dificultades en el contacto social de la mirada (con visión correcta).
  - Dificultades de la atención conjunta observada en falta de:
    - buscar y alternar la mirada con la de otra persona con relación a un objeto;
    - seguir un punto que el interlocutor señala con el dedo;
    - usar señalamiento o mostrar objetos para compartir interés.
- e) Ideas e imaginación:
  - Juego imaginativo poco flexible, o creatividad escasa o nula; puede repetir escenas vistas o escuchadas en diferentes medios de comunicación, que pueden parecer creativas si uno no las conoce.

## 2. Intereses restringidos o inusuales y/o conductas rígidas o repetitivas

- a) Movimientos estereotipados repetitivos: aleteo, balanceo del cuerpo estando de pie, andar de puntillas, dar vueltas, chasqueo de dedos...
- b) Juego repetitivo y orientado hacia objetos más que a personas.
- c) Fijación en intereses poco comunes o fijación excesiva en intereses comunes.
- d) Rigidez en el juego: exige que los otros niños cumplan las normas.
- e) Insistencia excesiva en mantener la agenda diaria y las rutinas.
- f) Respuesta emocional extrema y excesiva a una situación.
- g) Aversión por el cambio que causa ansiedad u otras formas de distrés (agresión...).
- h) Hiperreactividad o hiporreactividad sensorial (texturas, temperaturas, sonidos, gustos, olores...) y/o respuestas exageradas a estos estímulos sensoriales.

## 3. Otros factores que pueden suponer una preocupación sobre padecer algún TEA

- a) Perfil poco común de habilidades y déficits (ej., desarrollo pobre de las habilidades sociales o motoras, pero habilidades de conocimiento, lectura o vocabulario avanzadas para su edad cronológica o mental).
- b) Desarrollo social o emocional más inmaduro que otras áreas de desarrollo: confianza excesiva (ingenuidad), falta de sentido común, menos independencia que los iguales.

### *Educación secundaria (más de 11 años o edad mental equivalente)*

#### Interacción social y comunicación recíproca

- a) Lenguaje hablado:
  - Uso muy limitado.
  - Tono de voz monótono, sin expresividad emocional.
  - Habla repetitiva (ecolalia), uso frecuente de frases estereotipadas (aprendidas), contenido dominado por el exceso de información sobre temas de su propio interés.
  - Dificultades para mantener una conversación recíproca, no respeta el turno de palabra.
  - Las respuestas a los demás pueden parecer groseras o inapropiadas.

b) Interacción con otros:

- Dificultad para reconocer y respetar el espacio personal o intolerancia si otras personas intentan entrar en el suyo.
- Dificultades desde hace tiempo en la comunicación e interacción social recíproca: pocas amistades íntimas o relaciones sociales recíprocas.
- Comprensión reducida o ausente de la amistad: a menudo fracasa a la hora de hacer amistades (aunque le puede resultar más fácil con adultos o niños pequeños).
- Aislamiento social y aparente preferencia por la soledad.
- Conductas sociales de encuentro o despedida reducidas o ausentes.
- Poca o nula conciencia de la conducta socialmente esperada.
- Problema para perder en los juegos, hacer turnos y entender los cambios en las reglas.
- Puede parecer desinteresado en las cosas propias de su edad.
- Dificultad para adaptar su estilo comunicativo a las diferentes situaciones sociales (o muy formal o demasiado familiar).
- Dificultades sutiles para entender las intenciones de otros: entiende las cosas literalmente o no entiende la ironía o la metáfora.
- Hacer comentarios sin conciencia de sutileza ni jerarquía social.
- Respuestas inusualmente negativas a las demandas de otros (exige conducta de evitación).

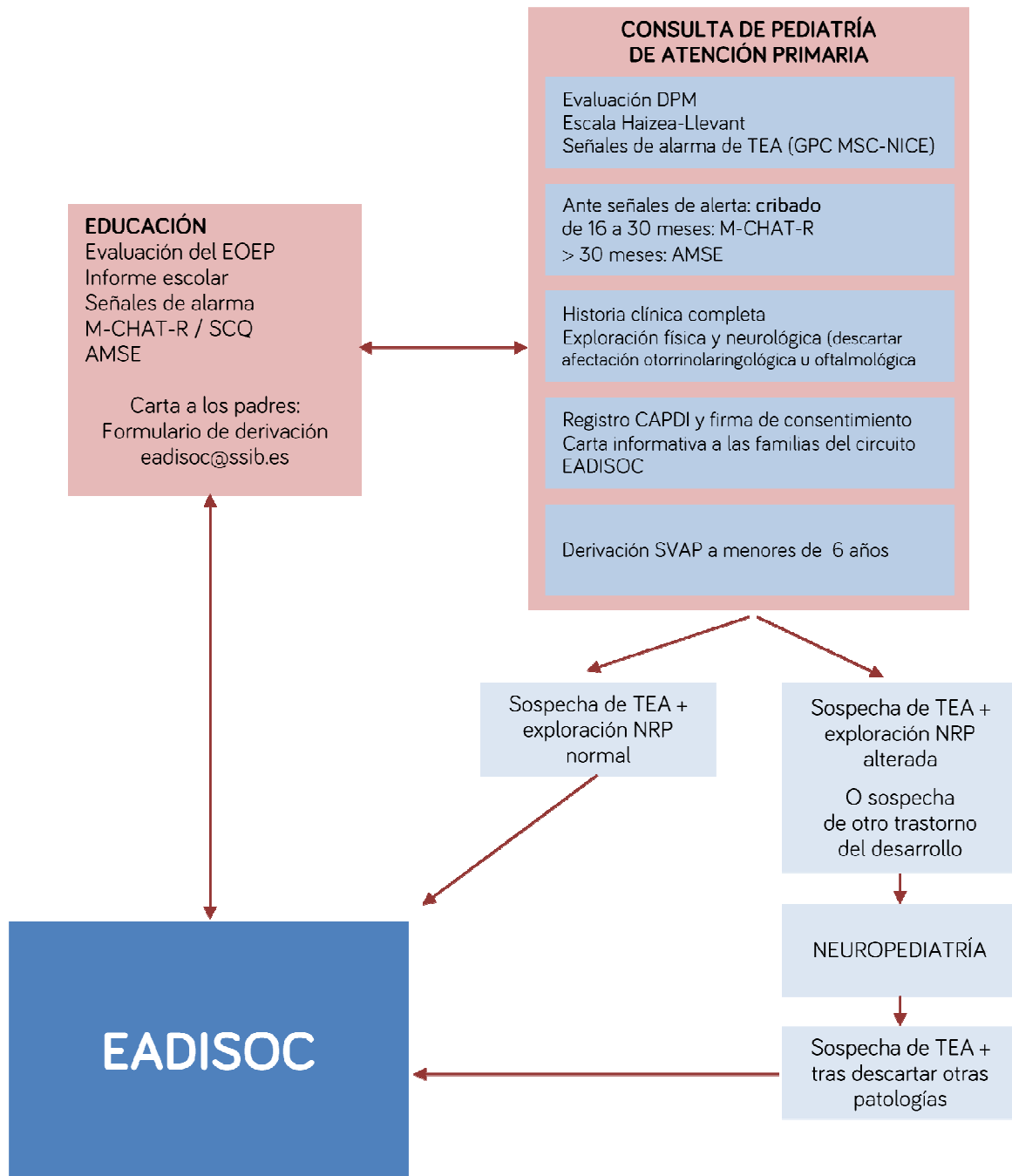
c) Contacto ocular, señalar y otros gestos:

- Gestos, expresiones faciales, postura corporal, contacto ocular al hablar y lenguaje hablado en la comunicación social pobremente integrado.

d) Ideas e imaginación:

- Historia de falta de flexibilidad en el juego social y creatividad, aunque puede repetir escenas de la televisión, etc.

## Apéndice 2. Derivación al circuito EADISOC



AMSE: cuestionario de evaluación de los TEA (véase el anexo 27).

CAPDI: Centro Coordinador de Atención Primaria para el Desarrollo Infantil

DPM: desarrollo psicomotor

EADISOC: circuito de evaluación de las dificultades de socialización y comunicación

EOEP: equipo de orientación de educativa y psicopedagógica

SVAP: Servicio de Valoración y Atención Precoz

Los casos derivados a EADISOC desde educación no deben volverse a derivar, sólo es necesario completar la historia clínica, registro CAPDI y derivación a SVAP.



### Apéndice 3. Información a la familia en caso de sospecha de TEA

Debe facilitar información a la familia sobre qué es un desarrollo adecuado del niño:

- Atienda siempre cualquier preocupación de la familia sobre el comportamiento o el desarrollo del niño a fin de mejorar su satisfacción por el trato recibido.
- Tenga presente que madres y padres primerizos o sin referentes previos pueden tener más dificultades para detectar trastornos en el desarrollo del niño.
- En caso de sospecha de TEA, alerte al padre y/o a la madre pero sin crear alarma y concienciándolos sobre la importancia de una valoración inmediata.
- Facilite correctamente la información a fin de ayudar a la familia a darse cuenta de los problemas del niño, ya que las hay que tienen dificultades para reconocer, comprender y aceptar el trastorno, especialmente porque están recibiendo una información completamente inesperada.
- No use los términos *trastorno* o *autismo*, ya que aún no se ha hecho un diagnóstico, y exprese diciendo “*parece* que su hijo no tiene un desarrollo comunicativo y social adecuados para su edad”.
- Actúe ante los sentimientos de miedo y negación de la familia siendo positivo, sin juzgar y escuchando activamente sus preocupaciones sobre la derivación a la atención especializada.
- En caso de cualquier sospecha de TEA, sea ágil y dé información sobre el proceso diagnóstico (derivación), a fin de aumentar la satisfacción sobre el proceso diagnóstico y la confianza de la familia y disminuir su incertidumbre.

#### Bibliografía

Canal-Bedia R, García-Primo P, Santos-Borbujo J, Bueno-Carrera G, Posada-De la Paz M. Programas de cribado y atención temprana en niños con trastornos del espectro autista. *Rev Neurol* 2014; 58 (Supl 1): S123-7.

Christensen DL, Bilder DA, Zahorodny W, Pettygrove S, Durkin MS, Fitzgerald RT et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. *J Dev Behav Pediatr*. 2016 Jan;37(1):1-8. Disponible en: <[www.researchgate.net/publication/286444926\\_Prevalence\\_and\\_Characteristics\\_of\\_Autism\\_Spectrum\\_Disorder\\_Among\\_4-Year-Old\\_Children\\_in\\_the\\_Autism\\_and\\_Developmental\\_Disabilities\\_Monitoring\\_Network](http://www.researchgate.net/publication/286444926_Prevalence_and_Characteristics_of_Autism_Spectrum_Disorder_Among_4-Year-Old_Children_in_the_Autism_and_Developmental_Disabilities_Monitoring_Network)> [Consulta: 1 junio 2018].

GRUPO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DEL PAPPS. “Programa de la infancia y la adolescencia”. En: *Actualización 2014 PAPPS*. Aten Primaria. 2014;46(Supl 4):99-117. Disponible en: <[papps.es/upload/file/PAPPS\\_2014.pdf](http://papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf)> [Consulta: 1 junio 2018].

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos del espectro autista en atención primaria*. Madrid, 2009. Disponible en: <[www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_462\\_Autismo\\_Lain\\_Entr\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_462_Autismo_Lain_Entr_compl.pdf)> [Consulta: 1 junio 2018].

JUNTA DE ANDALUCÍA. *Trastornos del espectro autista: guía para su detección precoz*. Sevilla, 2005. Disponible en: <[www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/1337163433Guiaautismo.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/1337163433Guiaautismo.pdf)> [Consulta: 1 junio 2018].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Trastornos del espectro autista* [en línea]. <[www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/es](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/es)> [Consulta: 1 junio 2018].

Robins DL, Casagrande K, Barton M, Chen CA, Dumont-Mathieu T, Fein D. Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised With Follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics*. 2014; 133:37-45. Disponible en: <[pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2013/12/18/peds.2013-1813.full.pdf](http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2013/12/18/peds.2013-1813.full.pdf)> [Consulta: 1 junio 2018].

Ruiz Lázaro PM, Posada de la Paz M, Hijano Bandera F. Trastorno del espectro autista. Detección precoz, herramientas de cribado. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009; Supl 17:s381-97. Disponible en: <[scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322009000700009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000700009)> [Consulta: 1 junio 2018].

#### Autora

- María Isabel Martín Delgado, pediatra del Centro de Salud Santa Ponça

#### Revisoras

- Juana María Andrés Tauler, psiquiatra infantil del IBSMIA y responsable del EADISOC
- Mireia Cortada Gracia, pediatra del Centro de Salud Santa Maria
- Aina Soler Mieras, médica del Gabinete Técnico de Atención Primaria de Mallorca