

# CONSENSO SOBRE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Agosto 2019

Secretaría de  
Gobierno de Salud



Ministerio de Salud y Desarrollo Social  
Presidencia de la Nación

**Fecha de elaboración:** agosto de 2019

### Coordinación General

Secretaría de Regulación y Gestión Sanitaria

Subsecretaría Gestión de Servicios e Institutos

Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria

### Coordinación Metodológica

Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria

### Organismos Elaboradores (por orden alfabético)

Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan"

Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"

Programa Argentino para Niños, Adolescentes y Adultos con Condiciones del Espectro Autista, (PANAACEA)

Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia

### Miembros del Equipo elaborador (por orden alfabético)

Dra. Mariela Barani

*Directora Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria*

Lic. Giselle Balaciano

*Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria*

Dra. Silvia Chaves

*Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria*

Dra. Diana Fariña

*Directora Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia*

Andrea Franck

*Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia*

Carolina Interlandi

*Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria*

Dra. Cécica Menéndez

*Psiquiatría infanto juvenil, Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan"*

Dra. Valeria Greif

*Psiquiatría infanto juvenil, Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan"*

Dra. Karina Gutson

*Pediatra, Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"*

Lic. Julieta Jaime

*Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos*

Dra. Alexia Rattazzi

*Psiquiatría infanto juvenil, PANAACEA*

Dra. Estela Rodríguez

*Neuróloga Infantil, Servicio de Clínicas Interdisciplinarias, Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan"*

Dra. Josefa Rodríguez Rodríguez

*Secretaria de Regulación y Gestión Sanitaria*

Dra. Susana Rodríguez

*Pediatra, Subsecretaria de Gestión de Servicios e Institutos, Vicepresidenta del Directorio del sistema de prestaciones básicas para personas con discapacidad*

Dra. Verónica Sanguine

*Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria*

Dra. Sofía Videla Dorna

*Coordinadora Nacional de mejoramiento de la Calidad y Seguridad de atención al paciente*

## Revisores externos (por orden alfabético)

Dra. Nora Grañana

*Coordinadora PROTECTEA-Programa Orientación Temprana y Concientización Trastornos del Desarrollo y Espectro Autista. Ministerio de Salud Ciudad Autónoma de Buenos Aires.*

Dra. Silvana Beatriz Napoli.

*Presidente de la Asociación de Pediatras del Desarrollo y la Conducta de la Argentina (APDECA)*

Comité de Crecimiento y Desarrollo. Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)

## Avales Recibidos

*Sociedad Argentina de Neurología Infantil (SANI)*

*Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)*

*Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG)*

*Asociación Metropolitana de Medicina Familiar (AMMF)*

## INDICE

1. RECOMENDACIONES CLAVE	2
Detección temprana y diagnóstico	2
Tratamiento	3
2. INTRODUCCIÓN	5
Objetivo general	6
Población de usuarios	6
Definición de Trastorno del Espectro Autista (TEA)	6
3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	6
Signos y síntomas de alerta para la detección de TEA	8
Detección temprana	16
Confirmación diagnóstica	17
4. PLAN DE TRATAMIENTO	21
5. SEGUIMIENTO	25
6. METODOLOGÍA	25
7. BIBLIOGRAFÍA	27

## 1. RECOMENDACIONES CLAVE

Las recomendaciones identificadas con ● fueron elaboradas por consenso de expertos. Las recomendaciones identificadas con ✓ son puntos de buena práctica tomados de las guías de práctica clínica seleccionadas.

### DETECCIÓN TEMPRANA Y DIAGNÓSTICO

- No se recomienda la realización de tamizaje o pesquisa (“*screening*”) a la población general, entendiéndose por tamizaje la realización de pruebas específicas para evaluar riesgo de Trastorno del Espectro Autista (TEA)<sup>1</sup>.
- Se recomienda realizar una primera línea de vigilancia del desarrollo esperado a todos los niños<sup>‡</sup> y niñas de cualquier edad que concurren al primer nivel de atención, con el fin de identificar a aquellos con sospecha de presentar TEA.
- Se recomienda que la sospecha de TEA sea considerada en el primer nivel de atención, ya sea por criterios clínicos y/o signos de alarma detectados a partir de la vigilancia del desarrollo y/o por la preocupación de la familia, cuidadores, personal de las instituciones educativas, niños, niñas o adolescentes sobre su conducta.
- En caso de considerarse necesario, se recomienda utilizar herramientas específicas para evaluar riesgo de TEA. Se sugiere que estas herramientas de segunda línea sean de uso libre, preferentemente validadas y con las que el profesional se encuentre familiarizado.
- ✓ Se recomienda que en toda persona con diagnóstico presuntivo de TEA se realice un examen físico completo dirigido particularmente a la identificación de signos de posibles diagnósticos diferenciales y/o condiciones asociadas.
- Se recomienda que el diagnóstico de certeza de TEA sea efectuado por un equipo interdisciplinario conformado por al menos dos profesionales, en el que participen<sup>1,2,3</sup>:

En el caso de niñas, niños y adolescentes:

- 1) Un médico con especialidad en pediatría, medicina general y/o medicina de familia, y
- 2) Un profesional con experiencia y capacitación en desarrollo infantil perteneciente a alguna de las siguientes disciplinas: pediatría, psiquiatría infanto-juvenil, neurología infantil, psicología, psicopedagogía, fonoaudiología.

<sup>‡</sup> Toda vez que en este documento se utilicen los términos "niño" o "niños" en forma genérica, se entenderá que se alude a la niña o al niño, o a las niñas y a los niños por igual. Del mismo modo, cuando se mencione a "los profesionales" o "los cuidadores" se hace referencia a las y los profesionales o las y los cuidadores. El término "familia" se referirá tanto a la familia nuclear conformada por un padre y una madre como progenitores, como a las familias posnucleares, que pueden ser monoparentales, ensambladas (multiparentales, pluriparentales o reconstruidas), multiétnicas, de acogida, adoptivas, de parejas homosexuales y coparentales.

En el caso de adultos:

- 1) Un médico con especialidad en medicina general y/o medicina de familia, clínica médica y
  - 2) Un profesional con experiencia en TEA perteneciente a alguna de las siguientes disciplinas: psiquiatría, psicología, neurología.
- Se recomienda que el diagnóstico de TEA sea esencialmente clínico. En caso de ser necesario, se recomienda el uso de herramientas estandarizadas, preferentemente validadas en el contexto local, como complemento útil para la confirmación diagnóstica, pero no como un sustituto del juicio clínico de los profesionales que intervienen en el diagnóstico<sup>2,4</sup>.
  - Se recomienda que el diagnóstico de certeza de las personas con TEA sea realizado por el equipo interdisciplinario, basado en los criterios del DSM-5<sup>5</sup> o sus versiones más actualizadas y/o en los criterios del CIE 10<sup>6</sup> o sus versiones más actualizadas<sup>1,3</sup>.
  - Una vez realizada la confirmación diagnóstica, se recomienda establecer el nivel de severidad utilizando los criterios del DSM-5, lo que permitirá orientar el plan de tratamiento y seguimiento<sup>3</sup>.
  - Además de los criterios de severidad establecidos en el DSM-5, con el objetivo de definir el perfil de tratamiento más adecuado para cada persona, se recomienda tener en cuenta la afectación en cada una de las siguientes áreas: perfil sensorial, sueño, conducta, comorbilidades, desafíos en el aprendizaje o en el trabajo, autonomía, autodeterminación, así como valores y preferencias de la familia y/o cuidadores.

## TRATAMIENTO

- Se recomiendan las intervenciones tempranas que tienen como finalidad promover la adquisición o mejora de habilidades socio-comunicativas, cognitivas, adaptativas, sensorio-motoras, de autorregulación y de juego de niños y niñas pequeños con TEA. Se entiende por intervenciones tempranas a aquellas que se inician de manera precoz implementándose desde los 0 a 6 años de edad.
- Se recomienda que todas las intervenciones tempranas se encuentren dirigidas a los niños y niñas, y que involucren la participación activa de sus padres y/o entorno significativo primario (hermanos, cuidador principal, etc.).
- Se recomienda que el equipo interdisciplinario con experiencia en desarrollo infantil, teniendo en cuenta los valores y preferencias de la familia, sea quien diseñe el plan de tratamiento, seguimiento y reevaluación periódica, definiendo los objetivos terapéuticos propuestos, las prestaciones necesarias para cumplirlos y la frecuencia, duración e intensidad necesarias de las intervenciones<sup>1,3</sup>.

- Se recomienda que el plan de tratamiento sea establecido teniendo en cuenta las áreas del desarrollo afectadas y el nivel de severidad.
- Se recomienda considerar el tratamiento con psicofármacos sólo en caso de síntomas exacerbados, síntomas concomitantes o comorbilidades que comprometan la calidad de vida y/o produzcan malestar significativo, de acuerdo al criterio del psiquiatra o neurólogo intervinientes.
- ✓ Se recomienda que los profesionales involucrados en la asistencia de las personas con TEA participen de instancias de capacitación periódica.

## 2. INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) se refiere a una afección del neurodesarrollo definido por una serie de características del comportamiento. De acuerdo al DSM-5, el TEA presenta como manifestaciones centrales, alteraciones en la comunicación y en las interacciones sociales, junto a otras características como comportamientos repetitivos, restringidos y estereotipados, generalmente con un impacto de por vida. Las manifestaciones son muy variables entre individuos y a través del tiempo, acorde al crecimiento y maduración de las personas.

Existen múltiples factores y condiciones que se asocian con mayor prevalencia de TEA tales como:

- ◆ Hermano con trastorno del espectro autista
- ◆ Defectos de nacimiento asociados con malformaciones del SNC y/o disfunción, incluyendo parálisis cerebral
- ◆ Edad gestacional al nacimiento menor a 35 semanas
- ◆ Padres con historia de esquizofrenia/psicosis /trastornos del estado de ánimo o algún otro trastorno mental o del comportamiento
- ◆ Uso de valproato durante el embarazo
- ◆ Discapacidad Intelectual
- ◆ Encefalopatía neonatal o epiléptica, incluyendo espasmos infantiles
- ◆ Malformaciones congénitas múltiples
- ◆ Anomalías cromosómicas, tales como el síndrome de Down
- ◆ Trastornos genéticos, tales como el síndrome de fragilidad del X
- ◆ Distrofia muscular, esclerosis tuberosa, neurofibromatosis<sup>4</sup>

Los síntomas generalmente se presentan en etapas tempranas del desarrollo, pero pueden no manifestarse plenamente hasta que la exigencia de la actividad cotidiana supere las capacidades de los niños y niñas, y pueden ser enmascaradas por estrategias aprendidas en años posteriores. A pesar de su despliegue temprano, esta condición puede no diagnosticarse hasta unos años más tarde.

La creciente identificación de esta condición, su impacto en las familias y en el sistema de salud, hacen que sea necesario un abordaje tanto científico, como clínico y de salud pública. El enfoque mencionado es de gran importancia ya que está demostrado que la detección, diagnóstico y tratamiento temprano pueden mejorar el pronóstico en una proporción significativa de personas con TEA<sup>7</sup>.

El presente documento constituye una síntesis de la evidencia internacional disponible que sustenta la elaboración de recomendaciones adaptadas al contexto local, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de las personas con TEA. Sus conclusiones y/o recomendaciones no son vinculantes para la toma de decisiones.

En este sentido, la evidencia aportada, independientemente de su confianza, representa una herramienta para la toma de decisiones, a la que se le adiciona la valoración por parte de expertos locales, con el fin de elaborar una recomendación para la práctica clínica adaptada al contexto local. La confianza en la evidencia en sí misma no determina el sentido de una recomendación final (a favor o en contra).

### OBJETIVO GENERAL

Mejorar el proceso de diagnóstico y tratamiento de las personas con TEA.

### POBLACIÓN DE USUARIOS

Este documento está dirigido a médicos, psicólogos, enfermeros, fonoaudiólogos, otros profesionales de salud y miembros de la comunidad (personas con sospecha o diagnóstico confirmado de TEA, familiares y cuidadores) involucrados en la asistencia de las personas con TEA.

Se incluye a todos los proveedores de los equipos de salud de los diferentes niveles de atención y de todos los subsectores del sistema de salud.

### DEFINICIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

El TEA es una afección del neurodesarrollo caracterizada por presentar, como manifestaciones centrales, alteraciones en la comunicación y en las interacciones sociales, dificultad para comprender las perspectivas o intenciones de los demás, junto a otras condiciones como comportamientos repetitivos, restringidos y estereotipados y necesidad de rutinas estrictas, generalmente con un impacto de por vida. Las manifestaciones son muy variables entre individuos y a través del tiempo, acorde al crecimiento y maduración de las personas.

Puede presentar síntomas secundarios como alteraciones cognitivas, de aprendizaje, emocionales y médicas que incluyen: trastornos del sueño y la alimentación, ansiedad, depresión, problemas de atención, conductas agresivas hacia los demás o hacia ellos mismos, epilepsia y problemas gastrointestinales. El impacto en la calidad de vida de las personas con esta condición puede ser sustancial.

Según la Organización Mundial de la Salud, en 2017, la prevalencia global del TEA se estimó en 1/160 niños, siendo más frecuente en varones. Alrededor del 75% de las personas diagnosticadas con TEA presentan además otra condición psiquiátrica coexistente, como déficit de atención o trastornos de ansiedad<sup>4</sup>.

## 3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico se efectúa habitualmente basándose en los criterios de las clasificaciones del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)<sup>5</sup> y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)<sup>6</sup>. En la última versión del DSM se

denomina al autismo como Trastorno del Espectro Autista (TEA), ya que reconoce la sintomatología autista común a todas las personas en un amplio espectro de fenotipos. Esta denominación incluye a todos los subtipos de autismo descritos en los sistemas diagnósticos previos.

Según el DSM-5<sup>5</sup>, el diagnóstico de TEA requiere la presencia de todos los siguientes criterios:

A. *Déficits persistentes en la comunicación y en la interacción social (actual o pasada)* como:

1. Deficiencias en la reciprocidad socioemocional, por ejemplo:

- ◆ Acercamiento social anormal y fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
- ◆ Disminución en intereses, emociones o afectos compartidos.

2. Deficiencias en las conductas comunicativas utilizadas en la interacción social, por ejemplo:

- ◆ Comunicación verbal y no verbal poco integrada.
- ◆ Anormalidad en el contacto visual y en el lenguaje corporal.
- ◆ Deficiencias en la comprensión y el uso de gestos.
- ◆ Falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
- ◆ Detención de la adquisición del lenguaje o retroceso de las pautas ya adquiridas.

3. Deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, por ejemplo:

- ◆ Dificultad para ajustar el comportamiento a diversos contextos sociales.
- ◆ Dificultades para compartir el juego imaginativo o para hacer amigos/as.
- ◆ Ausencia de interés por las otras personas.

B. *Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (pasados o actuales) en dos o más de los siguientes puntos:*

1. Movimientos, uso de objetos o habla estereotipada o repetitiva, reflejados en:

- ◆ Estereotipias motrices simples.
- ◆ Alineación de juguetes.
- ◆ Cambio de lugar de los objetos.
- ◆ Ecolalia.
- ◆ Frases idiosincráticas.

2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad a rutinas, o patrones ritualizados de comportamiento verbal y no verbal, por ejemplo:

- ◆ Elevada angustia ante pequeños cambios.
- ◆ Dificultades con las transiciones.
- ◆ Patrones de pensamiento rígidos.
- ◆ Rituales de saludo.
- ◆ Necesidad de seguir siempre la misma ruta o de comer los mismos alimentos cada día.

3. Intereses muy restrictivos y fijos, que son anormales en cuanto a su intensidad y focos de interés, observados mediante:

- ◆ Fuerte vínculo o elevada preocupación hacia objetos inusuales.
- ◆ Intereses excesivamente circunscritos y perseverantes.

Es necesario destacar que los síntomas deben haberse manifestado durante el desarrollo temprano; aunque pueden no revelarse totalmente hasta que las demandas sociales sobrepasan las capacidades de la persona como, por ejemplo, en la transición de una guardería a un jardín de infantes o al inicio del período escolar. Los síntomas pueden encontrarse enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida.

Además, estas alteraciones no deben explicarse mejor por una discapacidad intelectual o por un retraso global del desarrollo. Teniendo en cuenta lo antedicho, se debe especificar si el TEA se acompaña o no de discapacidad intelectual o de un trastorno del lenguaje; puntualizando si se asocia con una condición médica o genética, con un factor ambiental conocido o con otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento.

Los TEA varían ampliamente en severidad y síntomas, incluso pueden no ser reconocidos, especialmente en los niños y niñas levemente afectados o cuando son enmascarados por problemas físicos más debilitantes. Estos trastornos pueden causar un deterioro significativo en el área social, laboral o en otras áreas importantes para el funcionamiento habitual.

## **SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALERTA PARA LA DETECCIÓN DE TEA<sup>4</sup>**

### **Antes de los 12 meses (o edad mental equivalente):**

- ◆ Poco intercambio de miradas, expresiones sonoras y gestos entre el niño o niña y su cuidador (no busca con la mirada/sonríe/grita).
- ◆ No demuestra gestualmente estados de placer o displacer.
- ◆ No muestra anticipación cuando va a ser levantado.

- ♦ Falta de interés en juegos interactivos simples como el “acá está”.
- ♦ Ausencia de alegría compartida.
- ♦ Falta de ansiedad (llanto, sorpresa) ante los extraños (indicador desde los 6 a los 9 meses de edad).

**Desde los 12 hasta los 18 meses (o edad mental equivalente):**

- ♦ Menor uso del 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 (escondida).
- ♦ No mira hacia donde otros señalan.
- ♦ Ausencia de imitación espontánea.
- ♦ Ausencia de balbuceo social/comunicativo, como si conversara con el adulto.

**Desde los 18 hasta los 36 meses (o edad mental equivalente):**

- ♦ 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, etc.).
- ♦ Ausencia de juego simbólico (darle de comer a los muñecos, cantar y dramatizar).
- ♦ Falta de interés en otros niños y niñas o hermanos.
- ♦ No juega con otros niños o niñas (rondas, movimientos corporales musicalizados).
- ♦ 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.
- ♦ Regresión en el lenguaje. Antes usaba palabras, pero ahora no.
- ♦ No utiliza frases, ni las básicas de dos palabras (dame agua, nene cayó).

**Entre los 3 y los 5 años (o edad mental equivalente):****Interacción social y comunicación***Lenguaje hablado*

- ♦ Retraso en la adquisición del idioma (en balbuceo o palabras, por ejemplo, menos de diez palabras).
- ♦ Regresión o pérdida del uso del habla.
- ♦ El lenguaje hablado (si está presente) puede incluir algo inusual:
  - ♦ uso muy limitado
  - ♦ no hablar como vocalizaciones
  - ♦ entonación impar o plana
- ♦ Uso de palabras sueltas con imposibilidad de incluirlas en oraciones habladas.
- ♦ Repetición frecuente de palabras y frases determinadas ('ecolalia').
- ♦ Contenido dominado por excesiva información o tópicos de su propio interés.
- ♦ Referencia a uno mismo por su nombre o "usted" o "él / ella" después de los tres años.
- ♦ No utiliza el "mío", "yo".

*Respuesta a otras personas*

- ♦ Ausencia o retraso en la respuesta al nombre cuando se lo llama, a pesar de presentar audición normal.
- ♦ Sonrisa social receptiva reducida o ausente.
- ♦ Capacidad de respuesta reducida o ausente a las expresiones faciales o sentimientos de otras personas.
- ♦ Respuesta inusualmente negativa a las solicitudes de otros (comportamiento de evitación de la demanda).
- ♦ Rechazo de los abrazos iniciados por los familiares, aunque pueden iniciar los propios abrazos.

*Interacción con los otros*

- ♦ Conciencia reducida o ausente del espacio personal, o inusualmente intolerante con las personas que ingresan a su espacio personal.
- ♦ Interés social reducido o ausente hacia otros, incluidos los niños y niñas de su edad. Si está interesado en otros, puede acercarse de manera inapropiada, pareciendo ser agresivo o disruptivo.
- ♦ Imitación reducida o ausencia de imitación de las acciones ajenas.
- ♦ Iniciación reducida o ausente del juego social con otros, juega solo.

- ♦ Disfrute reducido o ausencia de placer frente a situaciones que a la mayoría de los niños y niñas les gustan, por ejemplo, fiestas de cumpleaños.
- ♦ Aparente disfrute reducido o ausencia total del disfrute.

#### *Contacto visual, señalización y otros gestos*

- ♦ Uso reducido o ausente de gestos y expresiones faciales para comunicarse (aunque puede colocar la mano del adulto sobre objetos).
- ♦ Reducción y/o falta de integración de gestos, expresiones faciales y corporales, contacto visual (mirar los ojos de las personas al hablar) y reducción o ausencia del habla durante la comunicación social.
- ♦ Uso social reducido o ausente del contacto visual, asumiendo una visión adecuada.
- ♦ Reducción o ausencia de atención, demostrada por la falta de:
  - ♦ cambio de mirada siguiendo un punto (mirando hacia donde apunta la otra persona - puede mirar la mano).
  - ♦ uso de la señalización (apuntando o mostrando) de objetos para demostrar interés.

#### **Ideas e imaginación**

- ♦ Aparente imaginación reducida o ausente y poca o escasa variedad de juegos de simulación.

#### **Intereses inusuales o restringidos y/o comportamientos rígidos y repetitivos**

- ♦ Juego repetitivo o estereotipado, por ejemplo, abrir y cerrar puertas.
- ♦ Intereses demasiado focalizados o inusuales.
- ♦ Insistencia excesiva en seguir la propia agenda.
- ♦ Reactividad emocional extrema al cambio o a nuevas situaciones, insistencia en que las cosas sean "iguales".
- ♦ Sobre o baja reacción a estímulos sensoriales, por ejemplo: texturas, sonidos, olores.
- ♦ Reacción excesiva al gusto, olor, textura o apariencia de los alimentos.

#### **Signos y síntomas de alerta para la detección de TEA en niños y niñas que cursan la educación primaria (6 a 12 años o edad mental equivalente)**

##### **Interacción social y comunicación**

###### *Lenguaje hablado*

- ♦ Lenguaje hablado inusual, que puede tener las siguientes características:

- ♦ uso muy limitado.
- ♦ tono monocorde.
- ♦ habla repetitiva, uso frecuente de frases estereotipadas (aprendidas), contenido dominado por información excesiva sobre temas de interés propio.
- ♦ hablar 'a' otros, en lugar de compartir una conversación bidireccional con otras personas, puede parecer grosero o inapropiado.

#### *Respuesta a otras personas*

- ♦ Respuesta reducida, o ausente, a la expresión facial o los sentimientos de otras personas.
- ♦ Respuesta reducida o retardada a la llamada por el nombre, a pesar de una audición normal.
- ♦ Dificultades sutiles para comprender las intenciones de los demás. Puede tomar las cosas literalmente y malinterpretar el sarcasmo o la metáfora.
- ♦ Respuesta inusualmente negativa a las solicitudes de otros (comportamiento de evitación de la demanda).

#### *Interacción con otros*

- ♦ Conciencia reducida o ausente del espacio personal, o inusualmente intolerante con las personas que ingresan a él.
- ♦ Interés social reducido o ausente hacia las personas, incluidos los niños y niñas de su misma edad. Si está interesado en otros, puede acercarse de manera inapropiada, pareciendo agresivo o disruptivo.
- ♦ Ausencia o reducción del saludo o de la despedida. Conciencia reducida o ausente del comportamiento socialmente esperado. Capacidad reducida o ausente para compartir el juego social o las ideas de otros, juegos en soledad.
- ♦ Incapacidad para adaptar el estilo de comunicación a situaciones sociales, por ejemplo, pueden ser excesivamente formales o inapropiadamente familiares.
- ♦ Aparente disfrute reducido o ausente frente a situaciones que a la mayoría de los niños y niñas les gustan.

#### *Contacto visual, señalización y otros gestos*

- ♦ Reducción y/o falta de integración de gestos, expresiones faciales y corporales, contacto visual (mirar los ojos de las personas al hablar) y reducción o ausencia del habla durante la comunicación social.
- ♦ Uso social reducido o ausente del contacto visual, asumiendo una visión adecuada.
- ♦ Reducción o ausencia de atención, demostrada por la falta de:

- ♦ cambio de mirada siguiendo un punto (mirando hacia donde apunta la otra persona - puede mirar la mano).
- ♦ uso de la señalización (apuntando o mostrando) de objetos para demostrar interés.

### **Ideas e imaginación**

- ♦ Aparente imaginación y creatividad reducidas o ausentes, escasa variedad de juegos de simulación. Pueden recrear las escenas que ven en medios visuales (por ejemplo, la televisión).
- ♦ Realiza comentarios sin conocimiento de las sutilezas o de las jerarquías sociales.

### **Intereses inusuales o restringidos y/o comportamientos rígidos y repetitivos**

- ♦ Movimientos 'estereotipados' repetitivos, como aleteo de la mano, balanceo del cuerpo mientras está de pie, girando, golpeando con el dedo.
- ♦ Jugar de forma repetitiva y orientada a objetos más que a personas.
- ♦ Intereses demasiado enfocados o inusuales.
- ♦ Rígida expectativa de que otros niños y niñas deben adherirse a las reglas del juego.
- ♦ Insistencia excesiva en seguir la propia agenda.
- ♦ Reactividad emocional extrema frente a ciertas circunstancias.
- ♦ Preferencia fuerte por las rutinas familiares.
- ♦ Aversión al cambio, que a menudo conduce a la ansiedad u otras formas de angustia (incluida la agresión).
- ♦ Sobre o baja reacción a estímulos sensoriales, por ejemplo: texturas, sonidos, olores.
- ♦ Reacción excesiva al gusto, el olor, las texturas o la apariencia de los alimentos.

### **Otros factores que pueden apoyar la sospecha de TEA**

- ♦ Perfil inusual de habilidades o deficiencias (por ejemplo, habilidades de coordinación motriz o social poco desarrolladas, mientras que las habilidades relacionadas con el conocimiento, la lectura y/o el vocabulario están avanzadas para la edad cronológica o mental).
- ♦ El desarrollo social y emocional es más inmaduro que el obtenido en otras áreas del desarrollo, confianza excesiva (ingenuidad), falta de sentido común, menor independencia que otros niños y niñas de su edad.

## **Signos y síntomas de alerta para la detección de TEA en niños y niñas que concurren a escuela secundaria (12 años o más, o edad mental equivalente)**

### **Interacción social y comunicación**

#### *Lenguaje hablado*

- ◆ Lenguaje hablado inusual, que puede tener las siguientes características:
  - ◆ uso muy limitado.
  - ◆ tono monótono.
  - ◆ habla repetitiva, uso frecuente de frases estereotipadas (aprendidas), contenido dominado por información excesiva sobre temas de interés propio.
  - ◆ hablar 'a' otros, en lugar de compartir una conversación bidireccional con otras personas, puede parecer grosero o inapropiado.

#### *Interacción con otros*

- ◆ Conciencia reducida o ausente del espacio personal, o inusualmente intolerante con las personas que ingresan a él.
- ◆ Dificultades de larga data en la comunicación y en la interacción social: pocos amigos o relaciones recíprocas.
- ◆ Comprensión reducida o ausente de la amistad; a menudo un deseo fallido de tener amigos (aunque puede ser más fácil con adultos o niños y niñas más pequeñas).
- ◆ Aislamiento social y aparente preferencia por la soledad.
- ◆ Ausencia o reducción del saludo o de la despedida.
- ◆ Falta de conciencia y comprensión del comportamiento social esperado.
- ◆ Problemas en los juegos, no comprensión del perder, de los turnos, e intentos de "cambiar las reglas".
- ◆ Puede parecer inconsciente o desinteresado en lo que a otros jóvenes de su edad les interesa.
- ◆ Incapaz de adaptar su estilo de comunicación a situaciones sociales, por ejemplo, puede ser demasiado formal o inapropiadamente familiar.
- ◆ Dificultades sutiles para comprender las intenciones de los demás. Puede tomar las cosas literalmente y malinterpretar el sarcasmo o la metáfora.
- ◆ Realiza comentarios sin conocimiento de las sutilezas o jerarquías sociales.
- ◆ Respuesta inusualmente negativa a las solicitudes de otros (comportamiento de evitación de la demanda).

### *Contacto visual, señalización y otros gestos*

- ♦ Reducción y/o falta de integración de gestos, expresiones faciales y corporales, contacto visual (mirar los ojos de las personas al hablar), asumiendo una visión correcta y utilización del lenguaje hablado durante la comunicación social.

### **Ideas e imaginación**

- ♦ Historial de falta de creatividad social y de juego simbólico, aunque las escenas que se ven en los medios visuales (por ejemplo, la televisión) se pueden recrear.

### **Intereses inusuales o restringidos y / o comportamientos rígidos y repetitivos**

- ♦ Movimientos 'estereotipados' repetitivos, como aleteo de la mano, balanceo del cuerpo mientras está de pie, girando, golpeando con el dedo. Preferencia por intereses o aficiones altamente específicas.
- ♦ Fuerte adhesión a las reglas o a la imparcialidad que conduce a la discusión.
- ♦ Comportamientos o rituales altamente repetitivos que afectan negativamente las actividades diarias.
- ♦ Dificultad emocional excesiva en lo que parece trivial para otros, por ejemplo, cambios en la rutina.
- ♦ Aversión al cambio, que a menudo conduce a la ansiedad u otras formas de angustia, incluida la agresión.
- ♦ Sobre o baja reacción a estímulos sensoriales, por ejemplo texturas, sonidos, olores.
- ♦ Reacción excesiva al gusto, olor, textura o apariencia de los alimentos, consumo de comidas extrañas.

### **Otros factores que pueden apoyar la sospecha de TEA**

- ♦ Perfil inusual de habilidades o deficiencias (por ejemplo, habilidades de coordinación motriz o social poco desarrolladas, mientras que las habilidades relacionadas con el conocimiento, la lectura y/o el vocabulario están avanzadas para la edad cronológica o mental).
- ♦ El desarrollo social y emocional es más inmaduro que el obtenido en otras áreas del desarrollo, confianza excesiva (ingenuidad), falta de sentido común, menor independencia que otros niños y niñas de su edad.

## DETECCIÓN TEMPRANA

De acuerdo a las guías de práctica clínica (GPC) incluidas y las observaciones del panel de expertos participantes en el consenso, se recomienda que la sospecha diagnóstica de TEA se realice a través de la identificación de posibles alteraciones en el desarrollo esperable de los niños y niñas, en el marco del control de salud de niños sanos.

Se reconoce que la detección temprana permite una pronta intervención que puede mejorar el pronóstico en una proporción significativa de niños y niñas con TEA, mejora la certeza diagnóstica, reduce la angustia de la familia y permite una planificación adecuada de la futura escolarización y el apoyo comunitario requerido<sup>7</sup>.

En el ámbito nacional, el panel sugiere considerar la utilización de la herramienta IODI, "Instrumento para la Observación del Desarrollo Infantil", que es un instrumento ordenador de la observación del desarrollo infantil durante la consulta. Su objetivo es realizar el seguimiento del desarrollo en los niños y niñas menores de cuatro años, así como contribuir a la detección oportuna de situaciones de riesgo y signos de alarma. Se espera que los equipos de salud consideren a los niños y niñas insertos en su contexto ambiental y cultural y como integrantes de un grupo conviviente en particular. Esta herramienta se encuentra disponible en el sitio de internet del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, en el banco de recursos para equipos de salud, <https://www.argentina.gob.ar/salud>, y es de acceso público, libre y gratuito.

- Se recomienda realizar una primera línea de vigilancia del desarrollo esperado a todos los niños y niñas de cualquier edad que concurran al primer nivel de atención, con el fin de detectar casos sospechosos.
- Se recomienda que la identificación temprana de niños y niñas con trastorno del espectro autista se realice mediante<sup>8</sup>:
  - a. Vigilancia integral del desarrollo de todos los niños y niñas para que las desviaciones del desarrollo esperable se reconozcan tempranamente.
  - b. Valoración y abordaje de las preocupaciones de las familias sobre el desarrollo de sus hijos.
- Se recomienda que el examen clínico de los niños y niñas sanos incorpore un alto nivel de vigilancia para rasgos sugestivos de TEA, en los dominios de la interacción social, el juego, el lenguaje, las dificultades de comunicación y del comportamiento<sup>1</sup>.
- ✓ Se recomienda que en toda persona con diagnóstico presuntivo de TEA se realice un examen físico completo dirigido particularmente a la identificación de signos de posibles diagnósticos diferenciales y/o condiciones asociadas.
- ✓ Se recomienda tener siempre en consideración las preocupaciones de los padres, madres, cuidadores, profesionales de las instituciones educativas, niños, niñas y/o adolescentes sobre su conducta, aun si estas no son compartidas por otros<sup>4</sup>.
- ✓ Se recomienda que los profesionales de la salud informen a las familias que existe un riesgo mayor de TEA en hermanos de los niños y niñas afectados<sup>1</sup>.

- No se recomienda la realización de tamizaje o pesquisa (“*screening*”) a la población general, entendiéndose por tamizaje la realización de pruebas específicas para evaluar riesgo de TEA<sup>1</sup>.
- ✓ Se recomienda que en todos los niños y niñas con sospecha de presentar TEA, se realice una evaluación audiológica<sup>8</sup>.

## CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

Dada la baja especificidad de los signos y síntomas sospechosos de TEA, los resultados desfavorables de un falso positivo (una persona erróneamente diagnosticada con la condición) y la importancia de una intervención temprana en los casos confirmados, es fundamental que, ante la sospecha de TEA, se realice un proceso oportuno y adecuado de confirmación diagnóstica.

El diagnóstico de TEA es fundamentalmente clínico, no se dispone de marcadores biológicos por lo tanto es fundamental contar con profesionales de la salud capacitados en la temática.

El predominio del elemento clínico ha requerido la unificación de definiciones que hasta ahora se han agrupado en dos grandes clasificaciones diagnósticas: el DSM-5 y la CIE-10. Ambas están basadas en dimensiones (aspectos del comportamiento) y categorías (cuadros clínicos). La confirmación diagnóstica debe apoyarse en estos elementos dimensionales. El DSM-5 propone incluir la definición del nivel de afectación o compromiso como un elemento fundamental del diagnóstico, que permita diseñar el modelo de intervención más adecuado.

De acuerdo a las GPC seleccionadas y a la valoración por parte del panel de expertos participantes en el consenso, se propone la creación de equipos de trabajo articulado de profesionales de diferentes áreas (interdisciplinario), cuya composición y nivel de experiencia variará según el grado de complejidad de los servicios en donde se encuentren. Deben estar disponibles para evaluar todo caso de una persona con sospecha de presentar TEA.

- Se recomienda que la sospecha de TEA sea considerada en el primer nivel de atención, ya sea por criterios clínicos y/o signos de alarma detectados a partir de la vigilancia del desarrollo y/o por la preocupación de la familia, cuidadores, personal de las instituciones educativas, niños, niñas o adolescentes sobre su conducta.
- ✓ En caso de considerarse necesario, se recomienda utilizar herramientas específicas para evaluar riesgo de TEA. Se sugiere que estas herramientas de segunda línea sean de uso libre, preferentemente validadas y con las que el profesional se encuentre familiarizado.
- Se recomienda que el diagnóstico de TEA sea esencialmente clínico<sup>4</sup>.
- Si no hay información suficiente para decidir si es pertinente realizar un diagnóstico de TEA, se recomienda buscar más información (con el consentimiento de los padres, madres o cuidadores y, si corresponde, del niño, niña o joven) en otros profesionales que hayan atendido al niño o niña o en la escuela, o en otros lugares frecuentados por los mismos<sup>4</sup>.

- ✓ Se recomienda que el diagnóstico de certeza de TEA sea efectuado por un grupo interdisciplinario conformado por al menos dos profesionales, en el que participen<sup>1,2,3</sup>:

En el caso de niños, niñas y adolescentes:

- 1) Un médico con especialidad en pediatría, medicina general y/o medicina de familia, y
- 2) Un profesional con experiencia y capacitación en desarrollo infantil perteneciente a alguna de las siguientes disciplinas: pediatría, psiquiatría infanto-juvenil, neurología infantil, psicología, psicopedagogía, fonoaudiología.

En el caso de adultos/as:

- 1) Un médico con especialidad en medicina general y/o medicina de familia, clínica médica y
- 2) Un profesional de alguna de las siguientes disciplinas: psiquiatría, psicología, neurología con experiencia en TEA.

- ✓ Se recomienda que los profesionales involucrados en la asistencia de las personas con TEA participen de instancias de capacitación periódica.
- ✓ Se recomienda que, en caso de ser necesario un recurso que no se encuentre disponible a nivel local, se acceda a una interconsulta con especialistas a través de oficinas de comunicación a distancia en el centro de referencia regional.
- ✓ Se recomienda que el diagnóstico de certeza de TEA se realice por el equipo interdisciplinario, basado en los criterios del CIE-10 o sus versiones más actualizadas y/o en los criterios del DSM-5 o sus versiones más actualizadas<sup>1,3</sup>.
- ✓ La evaluación especializada debe realizarse sobre los elementos que brindan la historia clínica, la observación y/o la evaluación clínica, la información contextual y una valoración funcional amplia<sup>1</sup>.
- ✓ Una vez realizada la confirmación diagnóstica, se recomienda establecer el nivel de severidad (ver tabla 1) y especificar si se acompaña de déficit intelectual, deterioro del lenguaje, asociación a una afección médica, genética, factor ambiental conocido, trastorno del desarrollo neurológico, mental, del comportamiento o catatonía, como se establece en el DSM-5). Esto permitirá orientar el plan de tratamiento y seguimiento<sup>3</sup>.
- ✓ Además de los criterios de severidad establecidos en el DSM-5, con el objetivo de definir el perfil de tratamiento más adecuado para cada persona, se recomienda tener en cuenta la afectación en cada una de las siguientes áreas: perfil sensorial, sueño, conducta, comorbilidades, desafíos en el aprendizaje o en el trabajo, autonomía, autodeterminación, y los valores y preferencias de la familia y/o cuidadores.
- ✓ Se recomienda que los hallazgos y resultados de la evaluación diagnóstica de TEA se comuniquen a la persona afectada y cuidadores de manera comprensible

preferentemente a través de, al menos, un encuentro cara a cara y un informe escrito<sup>2</sup>.

- ✓ Se recomienda que el equipo interdisciplinario tenga las facultades de<sup>4</sup>:
  - Compartir el resultado de la evaluación diagnóstica del TEA con los padres, o cuidadores y con la persona afectada (niño, niña, joven o adulto), si corresponde.
  - En caso de ser pertinente, con el consentimiento del niño, niña, joven, familias o cuidador, compartir información de la evaluación de diagnóstico del TEA directamente con otros servicios (por ejemplo, mediante una visita a la escuela de un miembro del equipo interdisciplinario).
  - Ofrecer información a niños, niñas, jóvenes, familias o cuidadores sobre servicios y recursos disponibles.
  - En el caso que resulte pertinente, asesorar a la familia y/o cuidadores para la gestión del certificado único de discapacidad.
- ✓ Se recomienda dedicar el tiempo necesario para escuchar a los padres, madres o cuidadores y, si corresponde, al niño, niña o joven, para discutir inquietudes y acordar cualquier acción a seguir<sup>4</sup>.
- ✓ Se recomienda realizar una valoración de las necesidades de apoyo para identificar las habilidades funcionales y la situación de dependencia de la persona con TEA<sup>4</sup>, mediante criterios clínicos o la utilización de herramientas validadas y con las que el profesional se encuentre familiarizado.
- ✓ Se recomienda considerar la necesidad de contactar al equipo interdisciplinario con otros profesionales que podrían contribuir en el asesoramiento familiar, por ejemplo, trabajador social<sup>4</sup>.
- ✓ Se recomienda proporcionar información individual sobre los recursos disponibles localmente para familias, cuidadores, niños, niñas, jóvenes y adultos con TEA, según las necesidades particulares. Esta puede incluir: organizaciones de apoyo locales y nacionales (que pueden proporcionar, por ejemplo, una oportunidad de conocer a otras familias con experiencia en TEA, o información sobre cursos específicos para familias, cuidadores y/o jóvenes); organizaciones que pueden asesorar sobre prestaciones sociales; organizaciones que pueden proporcionar información sobre apoyo educativo inclusivo y social<sup>4</sup>.
- ✓ Se recomienda que, con el consentimiento de los padres o cuidadores y, si corresponde, el consentimiento del niño, niña, joven o adulto; se comparta información con actores clave involucrados en el cuidado del niño o niña o la atención a personas jóvenes, incluidas las de educación y asistencia social<sup>4</sup>.

**Tabla 1. Niveles de Severidad del Trastorno del Espectro Autista**

<b>Nivel de severidad</b>	<b>Comunicación social</b>	<b>Intereses restringidos y conducta repetitiva</b>
<p><b>Nivel 3</b> <b>Requiere un apoyo muy sustancial</b></p>	<p>Déficits severos en las habilidades de comunicación social que causan alteraciones severas en el funcionamiento.</p> <p>Se establecen muy pocas interacciones y se responde mínimamente a los intentos de relación de otros.</p>	<p>Inflexibilidad del comportamiento.</p> <p>Extrema dificultad para afrontar cambios, u otros comportamientos repetitivos y restringidos; las alteraciones interfieren con el funcionamiento en todas las esferas.</p> <p>Dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.</p>
<p><b>Nivel 2</b> <b>Requiere un apoyo sustancial</b></p>	<p>Déficits marcados en habilidades de comunicación social verbal y no verbal.</p> <p>Inician un número limitado de interacciones sociales y responden de manera atípica o reducida a los intentos de relación de otros.</p>	<p>El comportamiento es inflexible. Presentan dificultades para afrontar el cambio, u otras conductas restringidas/repetitivas, que resultan obvios para un observador no entrenado e interfieren con el funcionamiento en diferentes contextos.</p> <p>Dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.</p>
<p><b>Nivel 1</b> <b>Requiere de apoyo</b></p>	<p>Las dificultades de comunicación social causan alteraciones evidentes.</p> <p>Muestran dificultades iniciando interacciones sociales con respuestas atípicas. Puede parecer que su interés por interactuar socialmente está disminuido.</p>	<p>La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos.</p> <p>Los problemas de organización y planificación obstaculizan la independencia.</p>

Fuente: DSM-5<sup>5</sup>

## 4. PLAN DE TRATAMIENTO

Las personas con TEA varían considerablemente en sus fortalezas y dificultades individuales, por lo cual resulta complejo describir un único tratamiento. Tanto las diferencias en edad al diagnóstico, nivel de apoyo necesario, comorbilidades, situación familiar y social, nivel de recursos en salud y desarrollo comunitario marcarán una gran diferencia en el futuro y la calidad de vida de los afectados. Los enfoques educativos adecuados y el apoyo a familias y profesionales pueden mejorar la vida de las personas con TEA.

Las intervenciones se basan en cuatro principios<sup>7</sup>:

- **Individualidad del tratamiento:** No existe un solo tratamiento que sea igualmente eficaz para todas las personas con TEA. Las variaciones en las manifestaciones en este espectro, así como las habilidades de los afectados, sus intereses, su visión de la vida y sus circunstancias, obligan a la individualización.
  - **Estructuración del entorno:** Adaptación del entorno para maximizar la participación de cada individuo ofreciendo diferentes grados de previsibilidad y estabilidad, estableciendo metas a corto y largo plazo, con el objetivo de que puedan ser alcanzadas.
  - **Intensidad y generalización:** Las intervenciones utilizadas no deben ser esporádicas sino aplicadas de manera sistemática como parte de un plan de tratamiento, en diferentes contextos y por todos los que viven y trabajan con la persona con TEA. Los responsables de llevar a cabo las intervenciones también deben tener acceso a apoyo y orientación adecuados de profesionales con experiencia en TEA.
  - **Participación familiar:** Los padres o cuidadores deben ser reconocidos y valorados como actores clave de cualquier intervención. La información, formación y el apoyo siempre dentro del contexto de los valores familiares y culturales deben ser un denominador común de cualquier intervención profesional.
- 
- ✓ Se recomienda que los objetivos del tratamiento en personas con TEA se orienten a mejorar el funcionamiento, promover su autonomía y mejorar su calidad de vida<sup>3,8</sup>.
  - Se recomienda que el tratamiento de las personas con TEA sea interdisciplinario. Entre los profesionales que participan de la atención de estas personas se encuentran: pediatra, médico generalista y/o de familia, clínico, neurólogo, psiquiatra infantil, psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo, terapeuta ocupacional y musicoterapeutas<sup>1,3</sup>.
  - ✓ Se recomienda que el grupo interdisciplinario elabore un perfil de las fortalezas, habilidades, desafíos y necesidades de la persona en los aspectos relacionados con la comunicación, la interacción social y la flexibilidad e imaginación. Esta

información será utilizada para la creación de un plan de tratamiento, teniendo en cuenta el contexto familiar y educativo<sup>3</sup>.

- ✓ Se recomienda atender y responder a las preocupaciones de las familias o cuidadores y del niño, niña, adolescente o adulto con TEA<sup>3,8</sup>.
- ✓ Se recomienda que el equipo interdisciplinario con experiencia en desarrollo infantil, teniendo en cuenta los valores y preferencias de la familia, sea quien diseñe el plan de tratamiento, seguimiento y reevaluación periódica; definiendo los objetivos terapéuticos propuestos, las prestaciones necesarias para cumplirlos, la frecuencia y la necesidad de la continuación de las intervenciones<sup>1,3</sup>.
- ✓ Se recomienda que el plan de tratamiento sea establecido teniendo en cuenta las áreas del desarrollo afectadas, el nivel de severidad y las capacidades e intereses de todos los involucrados<sup>1,3</sup>.
- Se recomienda que las actividades terapéuticas promuevan la participación de la persona en su comunidad y el máximo de actividades terapéuticas semanales sea definido según criterios del equipo tratante.
- Se recomienda que el médico de cabecera junto con el equipo tratante empoderen a la familia para la defensa del derecho a una educación inclusiva.
- Se recomienda que las personas con TEA reciban los controles periódicos de salud habituales y cumplan con el esquema de vacunación obligatorio, acorde a su edad y sexo.
- ✓ Se recomienda que la valoración de la persona con TEA por especialistas en nutrición, gastroenterología, kinesiología, entre otras, sea definida por el equipo interdisciplinario de acuerdo a las necesidades de la persona. En ningún caso se requieren estas valoraciones para confirmar el diagnóstico o como manejo permanente de la persona con TEA<sup>3,8</sup>.

### ***Intervenciones Tempranas***

La evidencia sugiere que las intervenciones que se inicien de manera temprana podrían aportar beneficios significativos para los pacientes. Algunas intervenciones se basan en el análisis comportamental aplicado (ABA, en inglés *applied behaviour analysis*), o intervenciones tempranas intensivas (EIBI, del inglés *early intensive behavioural interventions*), principalmente a cargo de profesionales entrenados. Existen también intervenciones enmarcadas en el entorno educativo, y otras que se enfocan en la comunicación con las familias enfatizando la creación de oportunidades de comunicación recíproca con los equipos de atención<sup>9</sup>.

Las *intervenciones tempranas intensivas* son una forma de intervención comportamental individual específica y representa uno de los enfoques más utilizado en esta condición. Sus elementos centrales incluyen: una relación entre niños o niñas y adultos de 1:1 en las etapas iniciales de la intervención, y espacios en el hogar o la escuela para la dedicación de 20 a 40 horas semanales a lo largo de uno a cuatro años<sup>10</sup>.

Las EIBI son implementadas por personal entrenado, y se sigue un protocolo explícito que incluye el enfoque y la secuencia de tareas a introducir<sup>10</sup>.

La evidencia encontrada demuestra que las EIBI podrían ser efectivas para mejorar el comportamiento adaptativo, la severidad de los síntomas y el lenguaje receptivo y expresivo de los niños y niñas con TEA. Sin embargo, la confianza de estos hallazgos es baja debido a la calidad de los estudios encontrados. No existe evidencia sobre su seguridad.

El entrenamiento específico de los padres mejoraría las relaciones de estos con los niños y niñas, facilitando la comunicación y la implementación de otras intervenciones específicas. El objetivo del entrenamiento parental es que se favorezca el inicio temprano de estrategias que ayuden a mejorar las habilidades sociales. Además, reduciría la sensación de frustración en los niños o niñas y sus familias, aumentando asimismo la habilidad de la familia para ofrecer herramientas efectivas de manera continua y en una gran diversidad de situaciones cotidianas.

Existe baja confianza de que las intervenciones mediadas por los padres podrían ser efectivas para mejorar la interacción entre padres e hijos. En cuanto a la severidad de los síntomas, la sociabilidad y al aspecto cognitivo, si bien se observaron diferencias estadísticamente significativas a favor de la intervención, debe valorarse la relevancia clínica de las mismas. No se observaron diferencias en cuanto al lenguaje, la comunicación y el nivel de estrés parental.

Existe evidencia contradictoria en cuanto a la efectividad de las intervenciones grupales: hay moderada confianza en que no serían más efectivas que las intervenciones individuales para la sintomatología general, los aspectos cognitivos, el lenguaje expresivo y la sociabilidad. Sin embargo, existe baja confianza de que serían efectivas para la mejora de las habilidades sociales.

- Se recomiendan las intervenciones tempranas que tienen como finalidad promover la adquisición o mejora de habilidades socio-comunicativas, cognitivas, adaptativas, sensorio-motoras, de autorregulación y de juego de niños y niñas pequeños con TEA. Se entiende por intervenciones tempranas a aquellas que se inician de manera precoz y que se implementan para el tratamiento de niños y niñas con TEA de 0 a 6 años.
- ✓ Se recomienda que los programas de intervención mediados por los padres sean considerados para niños, niñas y jóvenes de todas las edades que se vean afectados por TEA, ya que pueden ayudar a las familias a interactuar con sus hijos<sup>1</sup>.
- Se recomienda que todas las intervenciones tempranas se encuentren dirigidas a los niños y niñas, y que involucren la participación activa de sus padres y/o cuidadores principales.
- ✓ Se recomienda que el personal especializado en intervención temprana brinde herramientas a las familias y a los docentes sobre cómo proporcionar apoyo a los niños y niñas en sus entornos habituales, es decir el hogar, los colegios y la comunidad.

- ✓ Se recomienda que el rol de la familia en las intervenciones terapéuticas sea acordado con el equipo tratante<sup>1</sup>.
- ✓ Se recomienda que la incorporación del tratamiento psicológico sea definida por el equipo interdisciplinario cuando se considere relevante de acuerdo a las necesidades de la persona con diagnóstico de TEA. En caso de que se considere necesario, se recomienda un abordaje psicoeducativo, relacional, cognitivo y/o familiar.

### ***Musicoterapia***

Existe evidencia de confianza global moderada a baja sobre probables beneficios de la musicoterapia para algunos desenlaces clínicos en personas con TEA. Estos desenlaces incluyen la interacción social, la comunicación verbal, la iniciativa y reciprocidad emocional. En un contexto terapéutico, también puede mejorar la comunicación no verbal. De manera global los estudios se realizaron con bajo número de pacientes y un tiempo de seguimiento breve lo cual limita la confianza en la magnitud de los efectos observados. No se encontraron datos sobre eventos adversos asociados a esta intervención en los artículos incluidos<sup>18-23</sup>.

- ✓ Se recomienda la musicoterapia en personas con TEA cuando el profesional tratante considere un potencial beneficio.

### ***Agentes quelantes***

La evidencia encontrada sobre agentes quelantes de metales pesados, como por ejemplo plomo y mercurio, es de baja calidad e insuficiente para establecer la efectividad de los mismos en el tratamiento específico del TEA. Existen dudas sobre su seguridad, por lo que debería establecerse primero la misma con el fin de poder realizar estudios posteriores sobre la temática<sup>24</sup>.

- No se recomienda el uso de agentes quelantes de plomo y mercurio para el tratamiento de personas con TEA, en las que se hayan descartado otras condiciones que requieran específicamente su uso.

### ***Suplementos de Vitamina B6 y magnesio***

Existe muy baja confianza de que la suplementación con vitamina B6 y magnesio no sería efectiva para mejorar la interacción social, comunicación, compulsividad, impulsividad e hiperactividad en los pacientes con TEA. No hay evidencia sobre su seguridad<sup>27</sup>.

- No se recomienda el uso de suplementos de vitamina B6 y magnesio en personas con TEA, en las que se hayan descartado otras condiciones que requieran específicamente la suplementación con estas sustancias.

### **Tratamiento psicofarmacológico**

- Se recomienda considerar el tratamiento con psicofármacos sólo en caso de síntomas exacerbados, síntomas concomitantes o comorbilidades, que comprometan la calidad de vida y/o produzcan malestar significativo, de acuerdo al criterio del psiquiatra o neurólogo intervinientes.

## **5. SEGUIMIENTO**

- ✓ Se recomienda que el proceso de evaluación de necesidades y de apoyo se repita a lo largo de la vida de la persona, para garantizar que se identifiquen cambios en su estado y se actúe de manera oportuna readecuando el plan de apoyos<sup>2</sup>.
- ✓ Se recomienda brindar apoyo a las personas con TEA para que logren la autodeterminación y puedan planificar los pasos necesarios para lograr sus metas personales en las diferentes etapas de la vida.
- ✓ Se recomienda considerar el empleo con apoyos como una opción para garantizar la inclusión laboral y la igualdad de oportunidades de las personas con TEA<sup>1,7</sup>.
- ✓ Se recomienda que todos los niños, niñas, jóvenes y adultos con TEA tengan acceso a actividades recreativas adaptadas a sus necesidades e intereses y diseñadas para promover la inclusión social<sup>8</sup>.

## **6. METODOLOGÍA**

El presente documento constituye una síntesis de la evidencia internacional disponible que sustenta la elaboración de recomendaciones adaptadas al contexto local, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de las personas con TEA.

Sus conclusiones y/o recomendaciones no son vinculantes para la toma de decisiones.

En este sentido, la evidencia aportada, independientemente de su confianza, representa una herramienta para la toma de decisiones, a la que se le adiciona la valoración por parte de los expertos locales, con el fin de elaborar una recomendación para la práctica clínica adaptada al contexto local. La confianza en la evidencia en sí misma no determina el sentido de una recomendación final (a favor o en contra).

Las recomendaciones identificadas con ●” fueron realizadas por consenso de expertos. Las recomendaciones identificadas con “✓” son puntos de buena práctica tomados de las guías seleccionadas.

La valoración de la confianza de la evidencia se realizó de manera no sistemática y cabe destacar que este documento no constituye una revisión sistemática de la bibliografía.

Se priorizó la inclusión de revisiones sistemáticas, informes de evaluación de tecnologías sanitarias y ensayos clínicos controlados.

## Diagnóstico

Para la elaboración de las recomendaciones sobre diagnóstico se llevó a cabo una búsqueda de guías de práctica clínica (GPC) pertinentes en TripDataBase, Epistemonikos, Guía Salud y NICE. Se seleccionaron las GPC publicadas a partir de año 2013. Las mismas se evaluaron mediante el instrumento AGREE II, incluyéndose las que presentaron: un mínimo de tres dominios con una puntuación >75%, ninguno de los dominios con puntuaciones <25%, el dominio 1 (alcance y objetivo) y el dominio 3 (rigor en la elaboración) por encima del 75%.

Las GPC incluidas fueron:

- ♦ The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis. [CG128], 2017.
- ♦ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders. Edinburgh: SIGN, 2016. (SIGN publication no. 145). [June 2016].
- ♦ Cooperative Research Centre for Living with Autism (Autism CRC). The diagnostic process for children, adolescents and adults referred for assessment of autism spectrum disorder in Australia: A national guideline (Draft version for community consultation). Australia: Autism CRC Ltd., 2017.
- ♦ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Protocolo y ruta de atención integral de niños y niñas con Trastornos del Espectro Autista, 2015.
- ♦ Ministries of Health and Education. New Zealand Autism Spectrum Disorder Guideline. Wellington: Ministry of Health, 2013.

## Tratamiento

Para la elaboración de las conclusiones sobre tratamiento se elaboraron informes de respuesta rápida de evaluación de tecnologías sanitarias para las siguientes intervenciones terapéuticas: musicoterapia, tratamientos biomédicos, intervenciones comportamentales tempranas y psicofármacos: aripiprazol, risperidona, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, antidepresivos tricíclicos. Asimismo se investigaron otras terapias por considerarlas relevantes a nivel de la práctica local. Las mismas fueron: dietoterapia, suplementación con vitamina B6 y magnesio y administración de agentes quelantes.

Se realizó una búsqueda amplia de evidencia basada en preguntas en formato PICO para cada intervención mencionada en EPITEMONIKOS, TripDatabase, PubMed, ClinicalTrials.gov, y entes regulatorios como ANMAT, EMA y FDA. Se utilizaron combinaciones de las siguientes palabras clave según cada intervención: autism, autism spectrum disorders, pervasive developmental disorder, speech disorder, communication disorder, chelating agent, chelation, gluten free diet, casein free, highly unsaturated fatty acids, dososahexaenoic, arachidonic, pyroxidine, vitamin B6, Magnesium, Mg, ω-3 and ω-6 Fatty Acid Supplementation, intensive behavior therapy,

parent mediated intervention, risperidone, aripiprazole, tricyclic antidepressants, Selective serotonin reuptake inhibitors.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders. Edinburgh: SIGN publication no. 145, 2016.
2. Cooperative Research Centre for Living with Autism (Autism CRC). The diagnostic process for children, adolescents and adults referred for assessment of autism spectrum disorder in Australia: A national guideline (Draft version for community consultation). Australia: Autism CRC Ltd., 2017.
3. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Protocolo y ruta de atención integral de niños y niñas con Trastornos del Espectro Autista, 2015.
4. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis. [CG128], 2017.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
6. World Health Organization. ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, 1992.
7. Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines. *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Trastornos del Espectro del Autismo. Prieto-Tagle MF, Fuentes J, Bakare M, Munir K, Aguayo P, Gaddour N, Öner Ö., En Rey JM (ed), Ginebra, 2017
8. Ministries of Health and Education. New Zealand Autism Spectrum Disorder Guideline. Wellington: Ministry of Health, 2013.
9. Cochrane Database of Systematic Reviews. Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). Oono IP, Honey EJ, McConachie H. Issue 4. Art. No.: CD009774, 2013.
10. Cochrane Database of Systematic Reviews. Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). Reichow B, Hume K, Barton EE, Boyd BA. Issue 5. Art. No.: CD009260, 2018.
11. Meta-analyses of individual versus group interventions for preschool children with autism spectrum disorder (ASD). Tachibana Y, Miyazaki C, Mikami M, Ota E, Mori R, Hwang Y, et al. PLoS ONE 13(5): e0196272, 2018.
12. Cochrane Database of Systematic Reviews. Family therapy for autism spectrum disorders. Spain D, Sin J, Paliokosta E, Furuta M, Prunty JE, Chalder T, Murphy DG, Happé FG. Issue 5. Art. No.: CD011894, 2017.
13. Meta-analysis of parent-mediated interventions for young children with autism spectrum disorder. Nevill R, Lecavalier L, Stratis E. Autism. 1-15, 2016.
14. A Systematic Review of Group Social Skills Interventions, and Meta-analysis of Outcomes, for Children with High Functioning ASD. Wolstencroft J, Robinson L, Srinivasan R, Kerry E, Mandy W, Skuse D. Journal of Autism and Developmental Disorders 48:2293–2307, 2018.
15. Efficacy of group social skills interventions for youth with autism spectrum disorder: A systematic review and metaanalysis. Gates J, Kang E, Lerner M. Clin Psychol Rev. March; 52: 164–181, 2017.
16. Eficacia de las terapias conductuales tempranas e intensivas en los Trastornos del Espectro Autista. Gonzalez L, Pichon-Riviere A, Augustovski F, García Martí S, Alcaraz. <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/ShowRecord.asp?ID=32015000868>. Último acceso 29/10/18.
17. BlueCross BlueShield Association. Special report: early intensive behavioral intervention and other behavioral interventions for autism spectrum disorder. TEC Assessment 30(1), 2015.
18. Cochrane Database of Systematic Reviews. Music therapy for people with autism spectrum disorder. Geretsegger M, Elefant C, Mössler KA, Gold C. Issue 6. Art. No.: CD004381, 2014.
19. Musicoterapia en niños con discapacidad intelectual. Documentos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Informe de Respuesta Rápida N° 664. Perelli L, Soto N, Pichon Riviere A, Augustovsky F, García Martí S y cols. Buenos Aires, Julio de 2018.
20. Music improves social communication and auditory–motor connectivity in children with autism. Sharda M, M, Tuerk C, Chowdhury R, Jamey K, Foster N et al. Translational Psychiatry 8:231, 2018.

21. International multicentre randomised controlled trial of improvisational music therapy for children with autism spectrum disorder: TIME-A study. Crawford MJ, Gold C, Odell-Miller H, Thana L, Faber S, Assmus J, et al. *Health Technol Assess*;21(59), 2017.
22. Effects of Improvisational Music Therapy vs Enhanced Standard Care on Symptom Severity Among Children With Autism Spectrum Disorder. Bieleninik L, Geretsegger M, Mössler K, Assmus J, Thompson G et al. *JAMA*. Aug 8; 318(6):525–535, 2017.
23. Music therapy for children and adolescents with behavioural and emotional problems: a randomised controlled trial. Porter S, McConnell T, McLaughlin K, Lynn F, Cardwell C et al. *J Child Psychol Psychiatry*. May;58(5):586-594, 2017
24. Cochrane Database Systematic Review. Chelation for autism spectrum disorder (ASD). James S, Stevenson SW, Silove N, Williams K. May 11;5: CD010766, 2015.
25. Gluten- and casein-free diet and autism spectrum disorders in children: a systematic review. Piwowarczyk A, Horvath A, Łukasik J, Pisula E, Szajewska H. *Eur J Nutr*. Mar;57(2):433-440, 2018.
26. The effect of dietary supplements on clinical aspects of autism spectrum disorder: A systematic review of the literature. Gogou M, Kolios G. *Brain Dev*. Sep;39(8):656-664, 2017.
27. Cochrane Database Systematic Review. Combined vitamin B6-magnesium treatment in autism spectrum disorder. Nye C, Brice A. Oct 19;(4):CD003497, 2005.
28. Autism: a novel form of mercury poisoning. Bernard S, Enayati A, Redwood L, Roger H, Binstock T. *Medical Hypotheses* 56(4):462–71, 2001.
29. Deaths resulting from hypocalcemia after administration of edetate disodium: 2003-2005. Brown MJ, Willis T, Omalu B, Leiker R. *Pediatrics* 118(2):e534–6, 2006.
30. ω-3 and ω-6 Fatty Acid Supplementation May Reduce Autism Symptoms Based on Parent Report in Preterm Toddlers. Keim SA, Gracious B, Boone KM, Klebanoff MA, Rogers LK, Rausch J, Coury DL, Sheppard KW, Husk J, Rhoda DA. *J Nutr*. Feb 1;148(2):227-235, 2018.
31. Effect of Omega-3 and -6 Supplementation on Language in Preterm Toddlers Exhibiting Autism Spectrum Disorder Symptoms. Sheppard KW, Boone KM, Gracious B, Klebanoff MA, Rogers LK, Rausch J, Bartlett C, Coury DL, Keim SA. *J Autism Dev Disord*. Nov;47(11):3358-3369, 2017.
32. Cochrane Database Systematic Review. Aripiprazole for autism spectrum disorders (ASD). Hirsch LE, Pringsheim T. Jun 26;(6):CD009043, 2016.
33. Aripiprazole in acute treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. Maneeton N, Maneeton B, Putthisri S, Suttajit S, Likhitsathian S, Srisurapanont M. *Neuropsychiatr Dis Treat*. Nov 12; 14:3063-3072, 2018.
34. Risperidone for children and adolescents with autism spectrum disorder: a systematic review. Maneeton N, Maneeton B, Putthisri S, Woottiluk P, Narkpongphun A et al. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 14 1811–1820, 2018.
35. Cochrane Database of Systematic Reviews. Tricyclic antidepressants for autism spectrum disorders (ASD) in children and adolescents. Hurwitz R, Blackmore R, Hazell P, Williams K, Woolfenden S. Issue 3, 2012.
36. Cochrane Database Systematic Review. Intravenous secretin for autism spectrum disorders (ASD). Williams K, Wray JA, Wheeler DM. Apr 18;(4):CD003495, 2012.
37. Cochrane Database Systematic Review. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for autism spectrum disorders (ASD). Williams K, Brignell A, Randall M, Silove N, Hazell P. Aug 20;(8):CD004677, 2013.



[argentina.gob.ar/salud](http://argentina.gob.ar/salud)



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
2019 - Año de la Exportación

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico**

**Número:**

**Referencia:** Consenso TEA

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 33 pagina/s.