

Material Metodológico de la Guía para la Atención del Trastorno del Espectro Autista en la Infancia en Atención Primaria. Actualización

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

MINISTERIO DE SANIDAD



MINISTERIO
DE SANIDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN
DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

guiasalud.es

Biblioteca de Guías de Práctica Clínica
del Sistema Nacional de Salud



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo
Fundación Progreso y Salud

Material Metodológico de la Guía para la Atención del Trastorno del Espectro Autista en la Infancia en Atención Primaria. Actualización

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

MINISTERIO DE SANIDAD

Esta GPC es una ayuda a la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.

Año de edición: 2025

Edita: Ministerio de Sanidad.

Edita AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo.

Junta de Andalucía

DL: SE 1244-2025

Maquetación: Estrella Chacón Frías

Este documento ha sido realizado por AETSA - Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad para el desarrollo de las actividades del Plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS de 2020.

Esta guía debe citarse:

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para la atención del trastorno del espectro autista en la infancia en atención primaria. Actualización. Guía de Práctica Clínica para la atención del trastorno del espectro autista en la infancia en atención primaria. Actualización. Ministerio de Sanidad. AETSA-Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2025. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

Índice

1. Introducción	7
2. Metodología de elaboración	9
Fases de desarrollo	9
2.1. Constitución del grupo de trabajo	9
2.2. Delimitación del alcance y objetivos	10
2.3. Formulación y priorización de las preguntas	10
2.4. Búsqueda y revisión de la literatura	11
2.5. Selección, evaluación, síntesis de la evidencia y selección de recomendaciones	12
2.6. Proceso de actualización de las recomendaciones	14
2.7. Redacción de las recomendaciones	15
2.8. Colaboración experta	15
2.9. Revisión externa	15
2.10. Exposición pública	16
2.11. Plan de actualización	16
2.12. Declaración de intereses	16
3. Material metodológico	17
3.1. Búsqueda de evidencia y selección de estudios	17
Búsqueda preliminar de GPC, RS y estudios originales	17
Búsqueda sobre valores y preferencias de los pacientes	19
Búsqueda de documentos sobre escalas de evaluación para el diagnóstico de TEA en Atención Primaria	20
Estrategias de búsqueda	21
3.2. Definición y clasificación de TEA	31
Pregunta clínica descriptiva n.º 1	31
Pregunta clínica descriptiva n.º 2	31
3.3. Criterios diagnósticos de TEA	31
Pregunta clínica descriptiva n.º 3	31
Pregunta clínica descriptiva n.º 4	31
3.4. Detección precoz	32
Pregunta clínica n.º 5	32
Pregunta clínica n.º 6	33
Evidencia	34
Pregunta clínica n.º 7	46
Evidencia	47
Pregunta clínica n.º 8	60
Marco EtD pregunta n.º 8	61

3.5. Estrategias de manejo de sospecha de TEA en Atención Primaria	69
Pregunta clínica descriptiva n.º 9.....	69
3.6. Estrategias para el seguimiento del TEA en la infancia en Atención Primaria	69
Pregunta clínica n.º 10	69
3.7. Perspectiva de las personas con TEA y su entorno familiar	70
4. Referencias bibliográficas	71
5. Anexos	77
Anexo 1. Evaluación de la calidad	77
Evaluación de la calidad de las GPC con el instrumento AGREEII	77

1. Introducción

En este documento se presenta el material metodológico de la Actualización de la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la Atención del Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la Infancia en Atención Primaria.

Esta guía es una actualización parcial de la GPC para el Manejo de Pacientes con Trastorno del Espectro Autista en Atención Primaria, publicada en el año 2009 e incluida en el Catálogo de GPC en el SNS de GuíaSalud (1). Se han actualizado 10 preguntas correspondientes a definición y clasificaciones, criterios diagnósticos y detección precoz, así como la estrategia de manejo de sospecha de TEA en Atención Primaria, y la estrategia para el seguimiento en Atención Primaria. Además, se ha incluido un apartado sobre las perspectivas de las personas con TEA y su entorno familiar. No fue posible la elaboración de perfiles y marcos EtD para las 5 primeras preguntas ni para la pregunta 10, debido a la falta de evidencia.

La metodología desarrollada se ha basado en la actualización del Manual metodológico para la elaboración de GPC en el Sistema Nacional de Salud y en el enfoque GRADE-ADOLOPMENT (2,3). Siguiendo estas directrices, se ha priorizado la adopción/adaptación de recomendaciones procedentes de GPC elaboradas con metodología GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*).

Se tomó como documento de referencia para el desarrollo de las estrategias de búsqueda y como revisión de base un informe de evaluación elaborado por OSTEBA, con el título «Trastorno del Espectro Autista: evidencia científica sobre la detección, el diagnóstico y el tratamiento» (4).

Se revisaron 25 recomendaciones relacionadas con las 10 preguntas actualizadas. Se adoptaron 2 recomendaciones procedentes de la guía NICE *Autism: Recognition, Referral and Diagnosis of Children and Young People on the Autism Spectrum* CG128 (5) que actualizaron las recomendaciones relacionadas con las preguntas 6 y 7 sobre el rendimiento diagnóstico de los signos / síntomas de alerta y sobre las escalas de evaluación. Se mantuvieron vigentes 22 recomendaciones, introduciendo mínimos cambios en una de ellas. Una recomendación fue retirada y se elaboró una Declaración de buenas prácticas clínicas (BPC) relacionada con la pregunta 8 sobre edad mínima de sospecha de TEA.

2. Metodología de elaboración

Fases de desarrollo

Se han desarrollado y planeado las siguientes fases que se detallan a continuación: constitución del grupo elaborador, formulación y priorización de las preguntas, definición y valoración de los desenlaces críticos, búsqueda y revisión de la literatura, selección, evaluación y síntesis de la evidencia, formulación de las recomendaciones, colaboración experta, revisión externa, exposición pública y plan de actualización.

2.1. Constitución del grupo de trabajo

Se constituyó un grupo de trabajo con representación multidisciplinar, formado por profesionales de perfil clínico y metodológico.

Se incorporaron especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería Familiar y Comunitaria, Pediatría y sus áreas específicas, Psiquiatría y Psicología clínica. Para incorporar la visión de los pacientes, familiares y cuidadores se contó con la participación de la representante de pacientes y directora técnica de la Confederación de Autismo de España.

En la conformación del grupo metodológico participaron miembros del grupo de trabajo de la guía previa y del equipo perteneciente al Área de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETSA) de la Fundación Pública Progreso y Salud de Andalucía (FPS); se valoró la necesidad de la representación de la diversidad geográfica, la gestión mediante un grupo reducido para agilizar la actualización de las recomendaciones y la disponibilidad de recursos. Se contó con profesionales expertos en metodología GRADE y elaboración de GPC, así como especialistas en documentación.

La coordinación fue llevada a cabo por tres miembros del grupo de trabajo, uno de perfil clínico y 2 de perfil metodológico.

A continuación, se identifican los profesionales que participaron como autores de la guía (por orden alfabético).

D. Juan Antonio Blasco Amaro. Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Coordinación metodológica de la Guía.

D.^a Nuria Cobo Valenzuela. Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

D. Francisco Diaz Atienza. Médico especialista en Psiquiatría

D.^a Ruth Engelhardt Pintiado. Documentalista.

D. Francisco Javier Gracia San Román. Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

D.^a Amaia Hervás Zúñiga. Médica Especialista en Psiquiatría y Médica Especialista en Psiquiatría Infantil y juvenil.

D. Rafael Jiménez Alés, Médico especialista en Pediatría y sus Áreas Específicas. Coordinador clínico de la Guía.

D. Jorge Rafael Padilla Maestre. Enfermero de Atención Primaria.

D.^a Soledad Gemma Palmero Guillén. Médica especialista en Pediatría y sus Áreas Específicas.

D. José Luis Pedreira Massa. Médico especialista en psiquiatría.

D.^a Trinidad Sabaleta Moya. Médica especialista en Microbiología y Parasitología. Coordinación metodológica de la Guía.

D.^a Ruth Vidriales Fernández. Representante de pacientes y directora técnica de la Confederación Autismo España.

D.^a Virginia Yáñez Rodríguez. Psicóloga clínica.

2.2. Delimitación del alcance y objetivos

Se acordó con el grupo de actualización de la guía (GAG) mantener el alcance y objetivos de la guía previamente desarrollada en 2009, abarcando en esta actualización parcial los aspectos relacionados con la definición, criterios diagnósticos, detección precoz, estrategias de manejo de sospecha de TEA en Atención Primaria y del seguimiento de niños y niñas con TEA en este ámbito.

La población diana incluyó niños y niñas menores de 6 años de edad, periodo que incluye la mayoría de los diagnósticos de TEA y que coincide con el periodo de vigilancia de Atención Temprana. Al igual que en la versión anterior, no se han incluido recomendaciones dirigidas únicamente a población adolescente y adultos.

Se han mantenido los objetivos originales de la guía desarrollada en 2009, para actualizar y dar respuesta a las preguntas clínicas que fueron seleccionadas para la actualización, considerando para este fin la aportación de los expertos que conformaron el grupo de trabajo.

2.3. Formulación y priorización de las preguntas

De las 20 preguntas incluidas en la Guía sobre el manejo de TEA en Atención Primaria de 2009, se identificaron 10 preguntas como potencialmente candidatas para actualización / revisión, sobre la base de información preliminar localizada y debido al interés institucional por el abordaje de los aspectos relacionados con el proceso asistencial de este trastorno. Esta priorización inicial fue validada por el grupo elaborador de la guía.

Las 10 preguntas seleccionadas están relacionadas con la definición y clasificación del TEA (2 preguntas), su detección precoz (4 preguntas), criterios diagnósticos (2 preguntas), así como la actualización de los pasos a seguir ante la sospecha de TEA y la planificación de la consulta de los niños y niñas con TEA en Atención Primaria.

Las preguntas 5, 6, 7, 8 y 10 se formularon en formato PICO. Se mantuvo el formato descriptivo en las preguntas 1, 2, 3, 4 y 9, las cuales plantearon cuestiones generales que no permitieron la definición de los componentes de esta estructura.

Se elaboró una pregunta complementaria a la pregunta clínica n.º 8, dirigida a actualizar una declaración de BPC incluida en la guía original 2009, cuya información no había sido considerada por las recomendaciones incluidas; se consideró que la información transmitida era relevante y con un probable beneficio neto grande, aunque no fue posible recopilar y resumir la evidencia en un perfil de evidencia elaborado con la metodología GRADE.

2.4. Búsqueda y revisión de la literatura

Se realizó una búsqueda preliminar para localizar GPC y documentos de síntesis de evidencia relacionados con las preguntas priorizadas para la actualización.

Se analizaron las estrategias de búsqueda de las GPC localizadas en la búsqueda preliminar, para localizar términos relacionados con las preguntas de investigación, y la estrategia del informe de evaluación «Trastorno del Espectro Autista: evidencia científica sobre la detección, el diagnóstico y el tratamiento» (4).

Para la búsqueda estructurada de la evidencia científica se desarrollaron 4 estrategias de búsqueda sistemáticas y exhaustivas llevadas a cabo en paralelo:

- Búsqueda bibliográfica orientada a localizar GPC, informes de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) y revisiones sistemáticas (RS) relacionadas con definición y clasificación del TEA, detección precoz, criterios diagnósticos, pasos a seguir ante la sospecha de TEA, así como la planificación de la consulta de los niños y niñas con TEA en atención primaria, con fecha de publicación actual (menos de 5 años desde su publicación).
- Búsqueda sistemática de RS y artículos primarios que respondieran a alguna de las preguntas de investigación.
- Búsqueda sistemática específica sobre escalas de evaluación para el diagnóstico de TEA en Atención Primaria.
- Búsqueda sistemática de RS y artículos primarios sobre valores y preferencias de los pacientes.

Las fuentes consultadas en las estrategias de búsquedas fueron las siguientes:

- Organismos elaboradores y compiladores:

Tripdatabase, NICE *Evidence Search*, RedETS (Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias), GIN (*Guideline International Network*), GuíaSalud, NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*), SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*), ECRI Guidelines Trust, CMA Infobase (*Canadian Medical Association Infobase*), Top Alberta, Albert – *Toward Optimized Practice*, Australian Clinical Practice Guidelines, British Columbia – *Guidelines and Protocol Advisory Committee (GPAC)*, *Guideline Advisory Committee (GAC)* (Ontario), *New Zealand – Guidelines Group (NZGG)* – *Guideline Central*, *Registered Nurses' Association of Ontario – Nursing Best Practice Guidelines*, *US – Preventive Services*

Task Force (USPSTF), CEP (Centre for Effective Practice), Organización Mundial de la Salud (WHO), Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) y Cochrane Library.

□ Bases de datos referenciales:

MEDLINE (Ovid), EMBASE (*Evidence Based Medicine*), *Science Citation Index expanded* (SCI), CINAHL (EbscoHost), PsycINFO (OvidWeb), PreMEDLINE (PubMed).

Además, se realizó una búsqueda de literatura gris con el objetivo de localizar documentos institucionales, documentos publicados por Sociedades Científicas y documentos identificados y facilitados por los expertos clínicos.

Para la monitorización de la evidencia, durante el proceso de elaboración de la guía, se estableció una alerta en PubMed para la detección de nuevas publicaciones y se revisó de manera periódica cada 6 meses la publicación de actualizaciones de las guías incorporadas.

La fecha de realización de la primera búsqueda fue septiembre-octubre de 2020. La última actualización de la estrategia de búsqueda se realizó entre diciembre 2023 y febrero 2024. La alerta en PubMed se mantuvo activa hasta la edición de la guía.

En general, como límites para la búsqueda y selección de literatura se establecieron el idioma (incluyéndose documentos en español, inglés, francés, italiano y portugués) y la fecha de publicación, excluyéndose aquellas referencias publicadas con anterioridad al año 2015.

En la sección Material Metodológico se incluye información sobre las estrategias de búsqueda y actualizaciones realizadas.

2.5. Selección, evaluación, síntesis de la evidencia y selección de recomendaciones

La selección de los documentos localizados se realizó por título y resumen y de forma independiente por dos evaluadoras, pudiendo disponer de un tercer evaluador en caso de discrepancia no resuelta. Los criterios utilizados para dicha selección fueron los criterios de inclusión y exclusión acordados en el protocolo de trabajo (disponible en www.guiasalud.es). Para realizar la selección de documentos se utilizó el gestor de referencias bibliográficas Mendeley 1.19.4.

En las GPC y documentos de síntesis (revisiones sistemáticas y metanálisis) con limitaciones metodológicas o que no incluyeron información sobre desenlaces descritos en alguna de las preguntas de investigación, se analizaron los ensayos clínicos originales.

En GPC con recomendaciones que respondieran a alguna pregunta de investigación, con buena calidad metodológica, se planteó al GAG la adopción o adaptación de la recomendación.

En caso de localizar revisiones sistemáticas y/o metanálisis con datos de desenlaces de interés y buena calidad metodológica, se analizó el documento para incluirlo en el apartado de resultados.

Las guías de práctica clínica fueron evaluadas mediante el instrumento elaborado por la colaboración internacional *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation* AGREE II (6); se consideró como requisito de calidad una puntuación mínima en AGREE II del 80 % en al menos 3 dominios en los que estuvieran incluidos el rigor y la independencia editorial. Se evaluó la calidad de las revisiones sistemáticas con el instrumento AMSTAR 2 (7). En los estudios primarios se utilizaron instrumentos de evaluación específicos para cada tipo de estudio. Para la evaluación del riesgo de sesgo de ECA se utilizó la herramienta de la colaboración Cochrane propuesta en el Manual metodológico para la elaboración de GPC en el SNS (2); en los estudios no aleatorizados se analizaron las principales fuentes de sesgo descritas en el Manual GuíaSalud, basadas en la herramienta ACROBAT-NRSI (8), los estudios de pruebas diagnósticas se evaluaron con QUADAS-2 (9) y la herramienta CASPe se utilizó para la evaluación de estudios cualitativos (10).

En las preguntas que requirieron la elaboración, de perfiles de evidencia, la evaluación de la calidad de la evidencia se llevó a cabo según el método “*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*” (GRADE). En las preguntas en las que se localizó alguna recomendación con posibilidad de ser adoptada o adaptada, se realizaron perfiles de evidencia y marcos EtD con la información recopilada de la guía origen de la recomendación, siguiendo la metodología GRADE-ADOLPMENT. Para generar los perfiles de evidencia y marcos EtD se utilizó el software GRADEpro-GDT (GRADEpro-GDT *Guideline Development Tool*) (11). Estos perfiles son tablas que constaron de dos secciones, ofreciendo información sobre la calidad de la evidencia para cada desenlace y un resumen de los resultados para cada una de los desenlaces de interés.

Para la síntesis de resultados se elaboró un documento de trabajo con las recomendaciones localizadas que podrían responder a las preguntas de investigación y que cumplieron los criterios de inclusión para ser adoptadas o adaptadas, complementado con información procedente de los marcos EtD de las guías origen de las recomendaciones. Se llevó a cabo un proceso iterativo de análisis de la evidencia y selección de recomendaciones. Una propuesta de recomendaciones e información adicional procedente de las guías seleccionadas fue revisada por el GAG.

Los comentarios e indicaciones fueron incorporados en un segundo documento, donde se mostraron las recomendaciones seleccionadas y sobre el que se analizó la posibilidad de mejoras metodológicas que aportaran consistencia y rigurosidad al proceso, así como modificaciones que homogeneizaran la presentación de la información dentro de un formato basado en la guía original de 2009.

Se elaboró un tercer documento estructurado en 6 capítulos, con las recomendaciones actualizadas y declaraciones de BPC asociadas, así como los marcos EtD que fueron desarrollados.

El GAG consideró un acuerdo a favor o en contra de seleccionar una recomendación cuando se alcanzó el 70 % de votos.

2.6. Proceso de actualización de las recomendaciones

Para la actualización de las recomendaciones se utilizó el enfoque GRADE-ADOLOPMENT (3), siguiendo el proceso descrito a continuación: una vez filtrada la documentación recopilada en las búsquedas, se seleccionaron guías de práctica clínica que cumplieron los criterios de calidad previamente especificados en el protocolo y cuyo alcance y objetivos coincidieran con el alcance y objetivos de la actualización de esta guía. Se analizaron las guías para localizar recomendaciones que respondieran a las preguntas de investigación priorizadas para actualización y se llevó a cabo un mapeo de las referencias que constituían la base de evidencia de las recomendaciones procedentes de la guía 2009 y las recomendaciones con posibilidad de ser adoptadas. En caso de identificar recomendaciones actualizadas que respondieran a la pregunta de investigación, procedentes de guías elaboradas con la metodología GRADE, se elaboró un perfil de evidencia y marco EtD con la información incluida en la guía origen de la recomendación, contextualizándola dentro del SNS.

Con el enfoque GRADE-ADOLOPMENT se plantearon las siguientes posibilidades de adopción, adaptación o desarrollo de *novo* de las recomendaciones analizadas: 1) El GAG pudo decidir adoptar la recomendación sin cambios si estaba de acuerdo con la dirección y fortaleza de la recomendación, la clasificación de la calidad de la evidencia, junto con la consideración de que la recomendación fuera aceptable, aplicable y factible para implementar en nuestro contexto organizativo y cultural; 2) Cuando el GAG no estuvo de acuerdo con la dirección o fortaleza de las recomendaciones seleccionadas, se llevaron a cabo las modificaciones pertinentes y se incorporó la información en las tablas de evidencia y marcos EtD, junto a los juicios realizados por el GAG; 3) Si el GAG consideró que la pregunta de investigación requería una respuesta actualizada y no se localizaron recomendaciones que cumplieran los criterios para adoptar o adaptar, se elaboró una recomendación de *novo*.

Para cada recomendación propuesta para adopción o adaptación, la coordinación metodológica proporcionó al GAG los perfiles de evidencia y marcos EtD desarrollados. El GAG revisó la información proporcionada y aportó los comentarios o desacuerdos acerca de los juicios sugeridos para cada uno de los criterios.

En situaciones en las que se produjo desacuerdo en los juicios propuestos, se procedió a la votación, considerando suficiente un 50 % de acuerdo para un criterio individual y un 70 % de acuerdo para la dirección o fortaleza de la recomendación o declaración de buenas prácticas.

No se elaboraron marcos EtD para los capítulos descriptivos ni para aquellas recomendaciones que permanecieron vigentes tras el análisis de la evidencia.

En los casos en los que no se localizó evidencia y el GAG consideró relevante la elaboración de una declaración de BPC, se cumplieron los criterios del marco EtD más importantes para el contexto, siguiendo las directrices indicadas en los últimos documentos metodológicos publicados (12).

Se tomó la decisión de retirar una de las recomendaciones al considerar su obsolescencia y la imposibilidad de actualización, ya que la evidencia localizada era heterogénea y de calidad insuficiente.

Con el objetivo de integrar los valores y preferencias de los pacientes en nuestro contexto, se solicitó al grupo de expertos y de manera específica a la representante de pacientes que elaborara un resumen de la evidencia relacionado con la perspectiva de las personas con TEA y su entorno familiar.

2.7. Redacción de las recomendaciones

Para la redacción de las recomendaciones se utilizó el formato descrito en el Manual GuíaSalud, basado en el modelo GRADE (2). El marco de evidencia generado por GRADEpro y facilitado al grupo de trabajo permitió desarrollar 5 tipos de recomendaciones en función de la dirección (a favor o en contra) y de la fortaleza (débil o fuerte), dando la posibilidad de una recomendación neutra, cuando la evidencia fuera insuficiente para tomar una decisión a favor o en contra de una intervención.

Cada recomendación fue etiquetada como adoptada, adaptada o nueva.

Además, durante la elaboración de las recomendaciones se identificaron las áreas de incertidumbre e interés por los expertos clínicos. Estas áreas se incluyeron en el apartado Líneas de investigación futuras de la Guía.

2.8. Colaboración experta

Una profesional de GuíaSalud con conocimiento y experiencia en la elaboración de GPC participó como colaboradora experta en la revisión, supervisión y asesoría durante todo el desarrollo de la actualización de la guía.

2.9. Revisión externa

En la etapa de revisión externa participaron 13 profesionales propuestos por diferentes sociedades y asociaciones de profesionales relacionadas con el manejo de pacientes con TEA, así como Asociaciones de Pacientes y profesionales de diferentes especialidades propuestos por los miembros del GAG: un especialista en neurología pediátrica que participó en la revisión externa de la guía original, un enfermero en representación de la Sociedad española de enfermería pediátrica, 5 enfermeras en representación de la Federación española de asociaciones de enfermería pediátrica, 2 profesionales de la Asociación española de pediatría de Atención primaria, un profesional de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia (AEPNyA), un profesional de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC) y una metodóloga propuesta por el GAG.

2.10. Exposición pública

En el proceso de Exposición Pública participaron asociaciones, entidades y organismos sanitarios que manifestaron su interés en hacer aportaciones a la guía y que no habían participado previamente en la revisión externa de la misma. Para ello, se identificaron y registraron previamente en GuíaSalud como grupos de interés (GI).

Esta exposición presentó como objetivos realizar una revisión del borrador completo de la guía y en la que los GI aportasen posibles consideraciones dentro del alcance y objetivos de la GPC no tenidas en cuenta durante su elaboración ni durante el proceso de revisión externa. Esta participación se complementó con su colaboración en la difusión y promoción de la GPC entre sus potenciales usuarios.

Todo el proceso de Exposición Pública estuvo centralizado a través del sitio web de GuíaSalud, incluyéndose tanto la identificación de grupos de interés como la gestión de comentarios y sugerencias recibidas. El listado completo de los grupos de interés que participaron en el proceso de Exposición Pública y la plantilla unificada cumplimentada con todos los comentarios y valoraciones recibidos está disponible en la web de GuíaSalud: www.guiasalud.es.

2.11. Plan de actualización

Está previsto actualizar la guía siguiendo un procedimiento de actualización continuada que consiste en la realización de búsquedas bibliográficas y evaluación de la nueva evidencia cada 6 – 12 meses. Las actualizaciones se realizarán sobre la versión electrónica de la guía, disponible en la URL: <http://www.guiasalud.es>.

2.12. Declaración de intereses

Todos los miembros del grupo de trabajo de la GPC, así como los miembros del grupo de revisión externa firmaron una declaración de intereses, así como el compromiso de confidencialidad. La gestión de los potenciales conflictos de interés se realizó de acuerdo al procedimiento planteado para las guías del programa de GPC en el SNS.

3. Material metodológico

A continuación, se detallan las fuentes consultadas, filtrado de referencias localizadas, rango de búsquedas y actualizaciones, criterios de inclusión y exclusión, estrategias de búsqueda realizadas, así como las preguntas y subpreguntas de la guía en el formato en que fueron desarrolladas, junto con la evidencia relacionada.

3.1. Búsqueda de evidencia y selección de estudios

Búsqueda preliminar de GPC, RS y estudios originales

Fuentes consultadas

Bases de datos	Resultados
MEDLINE	100
EMBASE	62
WOS	346
COCHRANE	745
CINAHL	29
DUPLICADOS	660
Total (sin duplicados)	622
SELECCIONADOS (primer cribado)	46
Total SELECCIONADOS	5

Estas fuentes fueron consultadas de forma periódica. La última actualización de la estrategia de búsqueda se realizó entre **diciembre 2023 y febrero 2024**.

Fecha / rango de la primera búsqueda

Septiembre – Diciembre de 2020

Fecha de la última actualización de la búsqueda bibliográfica

Diciembre 2023 – Febrero 2024

Número de estudios seleccionados

El número de referencias identificadas en 2020 fue de 579, obtenidas en formato resumen. De éstas, se seleccionaron 44 para su revisión a texto completo.

5 GPC evaluadas para la síntesis y adopción/adaptación de resultados cumplieron los criterios de calidad preespecificados (5,13-16). Se excluyó finalmente la guía *Trouble du spectre de l'autisme: signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent - Méthode recommandations pour la pratique clinique*, 2018, debido a que no se seleccionó ninguna recomendación para ser adoptada o adaptada, ni información relevante para ser incluida en la síntesis (16).

Desde la realización de la búsqueda en 2020 hasta la finalización de las preguntas de esta actualización se realizó un seguimiento en las principales bases de datos mediante alertas. Además, se realizaron actualizaciones periódicas. En la actualización realizada en junio de 2021 se identificaron 703 documentos, de los que no se seleccionó ninguno para lectura a texto completo. La última actualización fue llevada a cabo entre diciembre de 2023 y febrero del 2024 (CORE de la estrategia de búsqueda en las bases MedLine, Embase, WOS, PsycINFO, Cinahl). En esta ocasión se identificaron 3251 documentos. Se incluyeron 38 documentos para lectura a texto completo. 6 documentos fueron seleccionados, al presentar datos actualizados relevantes, aunque no cumplieron los criterios para ser incluidos en los perfiles de evidencia, ni modificaron ninguna de las recomendaciones (17-22)

Criterios de inclusión de los estudios

Población: pacientes menores de 6 años con sospecha o diagnóstico de trastorno del espectro autista

Intervención: definición, clasificación, diagnóstico y detección precoz

Comparador: no procede

Resultados: resultados de efectividad y eficacia: edad de diagnóstico, grado de trastorno del desarrollo intelectual (TDI), grado de deterioro de la función del lenguaje (DFL), comunicación social, interacción social, causa relacionada, deterioro intelectual acompañante y gravedad del cuadro

Resultados de seguridad: eventos adversos derivados de la intervención y del resultado obtenido, por ejemplo, diagnósticos erróneos (falsos positivos y falsos negativos)

Resultados de rendimiento de la prueba utilizada para la detección o diagnóstico de TEA: sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN)

Contexto: cualquier contexto

Diseño de los estudios: guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, metaanálisis, informes de evaluación y estudios primarios (ensayos clínicos y estudios observacionales)

Criterios de exclusión de los estudios

Documentos que no incluyeron en el título o resumen la intervención

Estudios con un tamaño de muestra inferior a 20 pacientes

Estudios realizados en animales, *ex vivo* o con modelos de simulación

Estudios preliminares o con población contenida en otro estudio

Estudios de exactitud diagnóstica en los que no fuera posible obtener todos los valores incluidos en una tabla de contingencia 2x2 –verdaderos positivos (VP), falsos positivos (FP), verdaderos negativos (VN) y falsos negativos (FN)–

Revisiones narrativas, cartas al director, editoriales, notas de campo y comunicaciones a congresos

Documentos publicados en idiomas diferentes al español, inglés, francés, italiano o portugués

Respecto a los documentos de síntesis de evidencia, se excluyeron aquellos que no cumplieron unos criterios de calidad establecidos en el protocolo: para las guías de práctica clínica se consideraron como requisito de calidad una puntuación mínima en AGREE II del 80 % en al menos 3 dominios en los que estén incluidos el rigor y la independencia. Para las revisiones sistemáticas se consideró como requisito de calidad la ausencia de errores claves en las 16 preguntas incluidas en el AMSTAR 2

Búsqueda sobre valores y preferencias de los pacientes

Fuentes consultadas

Bases de datos	Resultados
MEDLINE	280
EMBASE	130
CINAHL	214
PSYCINFO	69
DUPLICADOS	39
Total (sin duplicados)	654
SELECCIONADOS (primer cribado)	24
Total SELECCIONADOS	2

Fecha / rango de la búsqueda

Junio de 2021

Número de estudios seleccionados

El número de referencias identificadas en la búsqueda sobre valores y preferencias de los pacientes realizada en 2021 fue de 654, obtenidas en formato resumen. De éstas, se seleccionaron 24 para su revisión a texto completo. 2 documentos fueron incluidos para desarrollar el apartado de Perspectivas de las personas con TEA y su entorno familiar (23,24)

Criterios de inclusión de los estudios

Población: pacientes menores de 6 años con sospecha o diagnóstico de trastorno del espectro autista
Intervención: valores y preferencias de los pacientes
Comparador: no procede
Resultados: cualquier resultado
Contexto: cualquier contexto
Diseño de los estudios: guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, metaanálisis, informes de evaluación y estudios primarios (ensayos clínicos y estudios observacionales)

Criterios de exclusión de los estudios

Documentos que no incluyeron en el título o resumen la intervención
Estudios con un tamaño de muestra inferior a 20 pacientes
Estudios realizados en animales, *ex vivo* o con modelos de simulación
Estudios preliminares o con población contenida en otro estudio
Revisiones narrativas, cartas al director, editoriales, notas de campo y comunicaciones a congresos
Documentos publicados en idiomas diferentes al español, inglés, francés, italiano o portugués
Respecto a los documentos de síntesis de evidencia, se excluyeron aquellos que no cumplieron unos criterios de calidad establecidos en el protocolo: para las guías de práctica clínica se consideraron como requisito de calidad una puntuación mínima en AGREE II del 80 % en al menos 3 dominios en los que estén incluidos el rigor y la independencia. Para las revisiones sistemáticas se consideró como requisito de calidad la ausencia de errores claves en las 16 preguntas incluidas en el AMSTAR 2

Búsqueda de documentos sobre escalas de evaluación para el diagnóstico de TEA en Atención Primaria

Fuentes consultadas

Bases de datos	Resultados
MEDLINE	1015
CINAHL	64
DUPLICADOS	547
Total (sin duplicados)	532
SELECCIONADOS (primer cribado)	125
Total SELECCIONADOS	4

Estas fuentes fueron consultadas de forma periódica.

Fecha / rango de la búsqueda

Diciembre de 2020

Fecha de la última actualización de la búsqueda bibliográfica

Junio 2021

Número de estudios seleccionados

El número de referencias identificadas en 2020 fue de 507 y en 2021 de 572, obtenidas en formato resumen. En total se seleccionaron 125 para su revisión a texto completo. Se excluyeron 96 documentos debido a que analizaban instrumentos no validados en población española. Finalmente, 29 documentos fueron evaluados para ser seleccionados. Una revisión sistemática cumplió los criterios de inclusión (25). El análisis de los estudios primarios de esta revisión permitió localizar 3 artículos (26-28) correspondientes a 2 estudios primarios sobre escalas de evaluación que fueron incluidos en la síntesis de resultados

Criterios de inclusión de los estudios

Población: pacientes menores de 6 años con sospecha de trastorno del espectro autista
Intervención: escalas de evaluación para el diagnóstico de TEA
Comparador: M-CHAT / Escala autónoma
Resultados: Variables de rendimiento diagnóstico (sensibilidad, especificidad, valores predictivos)
Contexto: validadas en población española
Diseño de los estudios: guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, metaanálisis, informes de evaluación y estudios primarios (ensayos clínicos y estudios observacionales)

Criterios de exclusión de los estudios

Documentos que no incluyeron en el título o resumen la intervención
 Estudios con un tamaño de muestra inferior a 20 pacientes
 Estudios realizados en animales, *ex vivo* o con modelos de simulación
 Estudios preliminares o con población contenida en otro estudio
 Estudios sobre escalas realizados en población no española
 Revisiones narrativas, cartas al director, editoriales, notas de campo y comunicaciones a congresos
 Documentos publicados en idiomas diferentes al español, inglés, francés, italiano o portugués
 Respecto a los documentos de síntesis de evidencia, se excluyeron aquellos que no cumplieron unos criterios de calidad establecidos en el protocolo: para las guías de práctica clínica se consideraron como requisito de calidad una puntuación mínima en AGREE II del 80 % en al menos 3 dominios en los que estén incluidos el rigor y la independencia. Para las revisiones sistemáticas se consideró como requisito de calidad la ausencia de errores claves en las 16 preguntas incluidas en el AMSTAR 2

Los componentes del GAG facilitaron documentación relevante y actualizada. Se recibieron 60 documentos, de los que se seleccionó una guía de práctica clínica recientemente actualizada que cumplía los criterios de inclusión (29).

En el Anexo 1 se incluyó la evaluación de la calidad de la evidencia de los documentos seleccionados.

A continuación, se presentan las estrategias de búsqueda utilizadas en diferentes bases de datos.

Estrategias de búsqueda

Base de datos	Estrategia de búsqueda
MEDLINE	Database: Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions(R) <1946 to September 25, 2020> <i>Search Strategy</i> 1 Autism spectrum disorder 2 Asperger syndrome 3 Autistic disorder 4 Neurodevelopmental Disorder 5 Child Development Disorders, Pervasive 6 Autism* OR Autistic* OR Asperger OR Kanner OR ASD. Ti, Ab. 7 Development* And Disorder* OR PDD. Ti, Ab. 8 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 9 Diagnosis OR Early Diagnosis 10 Mass Screening 11 Di OR Diagnosis.Fs. 12 Diagnos* OR Detect* OR Screen* OR Predict* OR Program* OR Strateg* OR Assess*.Ti,Ab. 13 9 OR 10 OR 11 OR 12 14 Pediatr* OR Child* OR Infant* OR Adolescen* OR Teen* OR Youth* OR Toddler*.Ti,Ab. 15 8 And 13 And 14 16 Limit 15 to Yr="2015 -Current"

MEDLINE	<p>17 Limit 16 to ("All Infant (Birth to 23 Months)" OR "All Child (0 to 18 Years)" OR "Newborn Infant (Birth to 1 Month)" OR "Infant (1 to 23 Months)" OR "Preschool Child (2 to 5 Years)" OR "Child (6 to 12 Years)" OR "Adolescent (13 to 18 Years)")</p> <p>18 Limit 17 to (Consensus Development Conference OR Consensus Development Conference, Nih OR Government Publication OR Guideline OR Meta Analysis OR Practice Guideline OR "Systematic Review" OR Systematic Reviews as Topic)</p> <p>19 Guidelines as Topic/ OR Practice Guidelines as Topic</p> <p>20 Guideline* OR Recommend*.Ti,Ab,Kf.</p> <p>21 19 OR 20</p> <p>22 18 AND 21</p> <p>23 PRIMARY Adj2 CARE</p> <p>24 22 AND 23</p>
MEDLINE Diciembre 2020	<p>1 "Autism Spectrum Disorder" [Mesh]</p> <p>1. "Asperger Syndrome" [Mesh]</p> <p>2. "Autistic Disorder" [Mesh]</p> <p>3. "Child Development Disorders, Pervasive" [Mesh]</p> <p>4. Autism* OR Autistic* OR Asperger OR Kanner OR ASD OR ASDS OR PDD OR PDDS .Ti,Ab</p> <p>5. Neurodevelopmental Disorders OR Childhood Disintegrative Disorder OR Pervasive Development* Disorder*.Ti</p> <p>6. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6</p> <p>7. "Diagnosis"[Mesh Subheading]</p> <p>8. "Early Diagnosis"[Mesh Terms]</p> <p>9. "Behavioural Risk Factor Surveillance System"[Mesh Terms]</p> <p>10. "Follow Up Studies"[Mesh Terms]</p> <p>11. "Referral And Consultation"[Mesh Terms]</p> <p>12. "Disease Management"[Mesh Terms]</p> <p>13. Mass Screening[Mesh Terms]</p> <p>14. Screen OR Mass Screen. Ti,Ab</p> <p>15. 8 OR 9 OR 10 OR 11 OR 13 OR 13 OR 14 OR 15</p> <p>16. Metanalys* OR Meta-Analys OR Meta Analysis OR Systematic Review* OR Systematic Overview* OR Systematic Literature Review OR Systematical Review* OR Systematical Overview* OR Systematical Literature Overview* OR Systematic Literature Search OR Cochrane Database Systematic Review. Ti, Ab.</p> <p>17. 7 AND 16 AND 17</p> <p>18. Limit 18 to Yr="2015 – Current</p> <p>19. Limit 19 to "All infant"</p>
EMBASE	<p>Query Results:</p> <p>#21. #18 AND (2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) NOT 'conference abstract'/it</p> <p>#20. #18 AND (2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)</p> <p>#19. #18 AND (2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py)</p> <p>#18. #14 AND #17</p> <p>#17. #15 OR #16</p> <p>#16. (primary NEAR/2 care):ti,ab,kw</p> <p>#15. 'primary health care'/exp</p> <p>#14. #12 OR #13</p> <p>#13. #10 AND ([adolescent]/lim OR [child]/lim OR [embryo]/lim OR [fetus]/lim OR [infant]/lim OR [newborn]/lim OR [preschool]/lim OR [school]/lim)</p>

EMBASE	<p>#12. #10 AND #11</p> <p>#11. pediatr*:ti,ab OR child*:ti,ab OR infant*:ti,ab OR adolescen*:ti,ab OR teen*:ti,ab OR youth*:ti,ab OR toddler*:ti,ab</p> <p>#10. #8 OR #9</p> <p>#9. #4 AND 'diagnosis'/lnk</p> <p>#8. #4 AND #7</p> <p>#7. #5 OR #6</p> <p>#6. diagnos*:ti,ab OR detec*:ti,ab OR screen*:ti,ab OR predict*:ti,ab OR program*:ti,ab OR strateg*:ti,ab OR assess*:ti,ab</p> <p>#5. 'diagnosis'/de OR 'early diagnosis'/exp OR 'mass screening'/exp</p> <p>#4. #1 OR #2 OR #3</p> <p>#3. development*:ti,ab AND disorder*:ti,ab OR pdd:ti,ab</p> <p>#2. autism*:ti,ab OR autistic*:ti,ab OR asperger:ti,ab OR kanner:ti,ab OR asd:ti,ab</p> <p>#1. 'autism'/exp OR 'developmental disorder'/exp</p> <hr/> <p>1 'Autism'/Exp OR 'Developmental Disorder'/Exp</p> <p>2 Autism* OR Autistic* OR Asperger OR Kanner OR ASD.Ti,Ab</p> <p>3 Development* And Disorder* OR PDD.Ti,Ab</p> <p>4 1 OR 2 OR 3</p> <p>5 'Diagnosis'/De OR 'Early Diagnosis'/Exp OR 'Mass Screening'/Exp</p> <p>6 'Diagnosis'/Lnk</p> <p>7 5 OR 6</p> <p>8 4 AND 7</p> <p>9 Pediatr* OR Child* OR Infant* OR Adolescen* OR Teen* OR Youth* OR Toddler*.Ti,Ab</p> <p>10 8 AND 9</p> <p>11 [Adolescent]/Lim OR [Child]/Lim OR [Embryo]/Lim OR [Fetus]/Lim OR [Infant]/Lim OR [Newborn]/Lim OR [Preschool]/Lim OR [School]/Lim</p> <p>12 10 AND 11</p> <p>13 'Primary Health Care'/Exp</p> <p>14 (Primary NEAR/2 Care):Ti,Ab,Kf</p> <p>15 13 OR 14</p> <p>16 12 AND 15</p> <p>17 2015:Py OR 2016:Py OR 2017:Py OR 2018:Py OR 2019:Py OR 2020:Py AND [Embase]/Lim NOT ([Embase]/Lim AND [Medline]/Lim) NOT 'Conference Abstract'/It</p> <p>18 16 AND 17</p>
EMBASE Diciembre 2020	<p>Query Results:</p> <p>#17. ('autism'/exp OR 'asperger syndrome'/exp OR autism*:ab,ti OR autistic*:ab,ti OR asperger:ab,ti OR kanner:ab,ti OR asd*:ab,ti OR pdd*:ab,ti OR 'autism spectrum disorder':ti OR 'asperger syndrome':ti OR 'autistic disorder':ti OR 'child development disorders, pervasive':ti OR 'neurodevelopmental disorders':ti OR 'childhood disintegrative disorder':ti OR 'pervasive development* disorder*':ti) AND ('diagnosis'/exp OR 'early diagnosis'/exp OR 'behavioral risk factor surveillance system'/exp OR 'follow up'/exp OR 'patient referral'/exp OR 'disease management'/exp OR screen:ti OR 'mass screen':ti) AND (metanalys*:ab,ti OR 'meta analys*':ab,ti OR 'meta analysis':ab,ti OR 'systematic review*':ab,ti OR 'systematic overview*':ab,ti OR 'systematical review*':ab,ti OR 'systematical overview*':ab,ti OR 'systematical literature overview*':ab,ti OR 'systematic literature search':ab,ti OR 'cochrane database systematic review':ab,ti) AND (2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py) AND [preschool]/lim</p>

<p>EMBASE Diciembre 2020</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Autism'/Exp OR 'Developmental Disorder'/Exp 2 Autism* OR Autistic* OR Asperger OR Kanner OR ASD.Ti,Ab 3 Development* AND Disorder* OR PDD.Ti,Ab 4 Autism Spectrum Disorder OR Asperger Syndrome OR Autistic Disorder Autistic Disorder Child Development Disorders, Pervasive OR Neurodevelopmental Disorders OR Childhood Disintegrate Disorder' OR Pervasive Development* Disorder*.Ti 5 1 OR 2 OR 3 OR 4 6 'Diagnosis'/Exp OR 'Early Diagnosis'/Exp OR 'Behavioural Risk OR Factor Surveillance System'/Exp OR 'Follow Up'/Exp OR 'Patient Referral'/Exp OR 'Disease Management'/Exp 7 Screen: OR Mass Screen. Ti 8 6 OR 7 9 Metanalys* OR Meta-Analys OR Meta Analysis OR Review* OR Systematic Review* OR Systematic Overview* OR Systematical Review* OR Systematical Overview* OR Systematical Literature Overview* OR Systematic Literature Search OR Cochrane Database Systematic Review. Ti,Ab 10 5 AND 8 AND 9 11 2015:Py OR 2016:Py OR 2017:Py OR 2018:Py OR 2019:Py OR 2020:Py 12 10 AND 11
<p>WOS</p>	<ol style="list-style-type: none"> # 1 TS=(autism* or autistic* or asperger or Kanner or ASD) #2 TS=((development* and disorder*) or PDD) #3 #2 OR #1 # 4 TS=(diagnos* or detect* or screen* or predict* or program* or trateg* or ssess*) #5 #4 AND #3 550,416 #6 TS=(pediatr* or child* or infant* or adolescen* or teen* or youth* or toddler*) #7 #6 AND #5 #8 TS=(primary NEAR care) #9 #8 AND #7 #10 #8 AND #7 <p>Refined by: PUBLICATION YEARS: (2020 OR 2019 OR 2018 OR 2017 OR 2016 OR 2015) AND [excluding] Databases: (MEDLINE) AND [excluding] DOCUMENT TYPES: (MEETING OR ABSTRACT)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Autism* OR Autistic* OR Asperger OR Kanner OR ASD 2 Development* AND Disorder* OR PDD 3 1 OR 2 4 Diagnos* OR Detect* OR Screen* OR Predict* OR Program* OR Strateg* OR Assess* 5 Pediatr* OR Child* OR Infant* OR Adolescen* OR Teen* OR Youth* OR Toddler* 6 AND 4 AND 5 7 Primary NEAR Care 8 AND 7 9 Refined by: PUBLICATION YEARS: (2020 OR 2019 OR 2018 OR 2017 OR 2016 OR 2015) AND [excluding] Databases: (MEDLINE) AND [excluding] DOCUMENT TYPES: (MEETING OR ABSTRACT) 10 8 AND 9

<p>WOS Diciembre 2020</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Autism Spectrum Disorder OR Asperger Syndrome OR Autistic Disorder OR Child Development Disorders, Pervasive Autism* OR Autistic* OR Asperger OR Kanner OR ASD 2 Autism* OR Autistic* OR Asperger OR Kanner OR ASD* OR PDD*.Ti,Ab 3 Development* AND Disorder* OR PDD.Ti,Ab 4 Autism Spectrum Disorder OR Asperger Syndrome OR Autistic Disorder Autistic Disorder Child Development Disorders, Pervasive OR Neurodevelopmental Disorders OR Childhood Disintegrative Disorder' OR Pervasive Development* Disorder*.Ti 5 1 OR 2 OR 3 OR 4 6 Diagnosis OR Early Diagnosis OR Behavioural Risk Factor Surveillance Diagnosis OR Follow Up Studies OR Referral And Consultation OR Disease Management OR Mass Screening 7 Screen OR Mass Screen. Ti, Ab. 8 6 OR 7 9 Metanalys* OR Meta-Analys OR Meta Analysis OR Review* OR Systematic Review* OR Systematic Overview* OR Systematical Review* OR Systematical Overview* OR Systematical Literature Overview* OR Systematic Literature Search OR Cochrane Database Systematic Review. Ti,Ab 10 5 AND 8 AND 9 11 Infant OR Preschool, Child 12 Refined by: PUBLICATION YEARS: (2020 OR 2019 OR 2018 OR 2017 OR 2016 OR 2015) AND [excluding] Databases: (MEDLINE) AND [excluding] DOCUMENT TYPES: (MEETING OR ABSTRACT) 13 11 AND 12 14 10 AND 13
<p>COCHRANE</p>	<p>ID Search Hits</p> <ol style="list-style-type: none"> #1 MeSH descriptor: [Autism Spectrum Disorder] explode all trees #2 MeSH descriptor: [Neurodevelopmental Disorders] this term only #3 MeSH descriptor: [Child Development Disorders, Pervasive] this term only #4 (autism* or autistic* or asperger or Kanner or ASD).ti,ab #5 ((development* and disorder*) or PDD).ti,ab. #6 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 #7 MeSH descriptor: [Diagnosis] this term only #8 MeSH descriptor: [Early Diagnosis] this term only #9 MeSH descriptor: [Mass Screening] explode all trees #10 (diagnos* or detect* or screen* or predict* or program* or strateg* or assess*):ti,ab #11 #7 OR #8 OR #9 OR #10 #12 #6 AND #11 #13 (pediatr* or child* or infant* or adolescen* or teen* or youth* or toddler*):ti,ab #14 #12 AND #13 #15 MeSH descriptor: [Primary Health Care] explode all trees #16 (primary NEAR/2 care):ti,ab,kw #17 #15 OR #16 #18 #14 AND #17 with Cochrane Library publication date Between Jan 2015 and Dec 2020

<p>COCHRANE Diciembre 2020</p>	<p><i>Search Name:</i> Revisiones Sistemáticas Trastorno del Espectro Autista <i>Date Run:</i> 25/11/2020 20:27:07 <i>Comment:</i></p> <p>ID <i>Search</i> <i>Hits</i></p> <p>#1 MeSH descriptor: [Autism Spectrum Disorder] explode all trees #2 MeSH descriptor: [Asperger Syndrome] explode all trees #3 MeSH descriptor: [Autistic Disorder] explode all trees #4 MeSH descriptor: [Child Development Disorders, Pervasive] explode all trees #5 (AUTISM*):ti,ab,kw #6 (AUTISTIC*):ti,ab,kw #7 (ASPERGER):ti,ab,kw #8 (KANNER):ti,ab,kw #9 (ASD*):ti,ab,kw #10 (PDD*):ti,ab,kw #11 (Neurodevelopmental disorders):ti #12 (Pervasive development* disorder*):ti #13 MeSH descriptor: [Diagnosis] explode all trees #14 MeSH descriptor: [Early Diagnosis] explode all trees #15 MeSH descriptor: [Behavioral Risk Factor Surveillance System] explode all trees #16 MeSH descriptor: [Follow-Up Studies] explode all trees #17 MeSH descriptor: [Referral and Consultation] explode all trees #18 MeSH descriptor: [Disease Management] explode all trees #19 MeSH descriptor: [Mass Screening] explode all trees #20 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 #21 #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 #22 #20 AND #21 con fecha de publicación en la Biblioteca Cochrane Entre Jan 2015 y Jan 2020</p> <p>1 MeSH descriptor: [Autism Spectrum Disorder] explode all trees 2 MeSH descriptor: [Asperger Syndrome] explode all trees 3 MeSH descriptor : [Autistic Disorder r] explode all trees 4 MeSH descriptor: [Child Development Disorders, Pervasive] explode all trees 5 AUTISM*.Ti,Ab,Kf 6 AUTISTIC*.Ti,Ab,Kf 7 ASPERGER. Ti,Ab,Kf 8 KANNER.Ti,Ab,Kw 9 ASD*. Ti,Ab,Kf 10 PDD*.Ti,Ab,Kf 11 Neurodevelopmental Disorders. Ti 12 Pervasive development* Disorder * Ti 13 MeSH descriptor: [Diagnosis] explode all trees 14 MeSH descriptor : [Early Diagnosis] explode all trees 15 MeSH descriptor: [Behavioural Risk Factor Surveillance System] explode all trees 16 MeSH descriptor: [Follow-Up Studies] explode all trees 17 MeSH descriptor Referral and Consultation] explode all trees 18 MeSH descriptor: [Disease Management] explode all trees 19 MeSH descriptor : [Mass Screening] explode all trees 20 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11 OR 12 21 13 OR 14 OR 15 OR 16 OR 17 OR 18 OR 19 20 AND 21 Cochrane Library publication date Between 2015 and 2020</p>
------------------------------------	---

Estrategia de búsqueda de escalas

CINAHL

'autism'/exp OR 'autism' OR 'asperger syndrome'/exp OR 'asperger syndrome' OR autism*:ab,ti OR autistic*:ab,ti OR asperger:ab,ti OR kanner:ab,ti OR asd*:ab,ti OR pdd*:ab,ti OR 'autism spectrum disorder':ti OR 'asperger syndrome':ti OR 'autistic disorder':ti OR 'child development disorders, pervasive':ti OR 'neurodevelopmental disorders':ti OR 'childhood disintegrative disorder':ti OR 'pervasive development* disorder MH (autism spectrum disorder OR asperger syndrome OR autistic disorder OR child development disorders, pervasive)

OR

TI (autism* OR autistic* OR asperger OR kanner OR asd* OR PDD* autism spectrum disorder OR asperger syndrome OR autistic disorder OR child development disorders,pervasive OR neurodevelopmental disorders OR childhood disintegrative disorder OR pervasive development* disorder*)

AND

MH (sensitivity and specificity OR psychological test OR neuropsychological tests OR psychological techniques OR personality assessment OR behavior rating scale OR psychometric OR diagnosis, psychosocial OR observational methods or methods) OR questionnaire or survey)

AND

TI (scale* or interview* or test* or observat* or survey* or questionnaire* or tool* or psychometric* OR scale* or interview* or test* or observat* or survey* or questionnaire* or tool* or psychometric*)

AND

TI (metanalys* OR meta-analys* OR meta analysis OR systematic review* OR systematic overview* OR systematic literature review* OR systematical review* OR systematical overview* OR systematical literature overview* OR systematic literature search OR cochrane database systematic review)

- 1 Autism/Exp OR Autism OR Asperger Syndrome/Exp OR Asperger Syndrome
- 2 Autism* OR Autistic* OR Asperger OR Kanner OR ASD OR PDD*.Ti, Ab.
- 3 'Autism Spectrum Disorder OR Asperger Syndrome OR Autistic Disorder OR Child Development Disorders, Pervasive OR Neurodevelopmental Disorders OR Childhood Disintegrative Disorder OR Pervasive Development* Disorder. Ti
- 4 "Autism Spectrum Disorder" [Mesh]
- 5 "Asperger Syndrome" [Mesh]
- 6 "Autistic Disorder" [Mesh]
- 7 "Child Development Disorders, Pervasive" [Mesh]
- 8 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7
- 9 "Sensitivity And Specificity" [Mesh]
- 10 "Psychological Test" [Mesh]
- 11 "Neuropsychological Tests " [Mesh]
- 12 "Psychological Techniques" [Mesh]
- 13 "Personality Assessment" [Mesh]
- 14 "Behavior Rating Scale" [Mesh]
- 15 "Psychometric" [Mesh]
- 16 "Diagnosis, Psychosocial" [Mesh]
- 17 "Observational Methods" [Mesh]
- 18 "Methods" [Mesh]
- 19 "Questionnaire" [Mesh]
- 20 "Survey" [Mesh]
- 21 9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15 OR 16 OR 17 OR 18 OR 19 OR 20
- 22 Scale* OR Interview* OR Test* OR Observat* OR Survey* OR Questionnaire* OR Tool* OR Psychometric* OR Scale* OR Interview* OR Test* OR Observat* OR Survey* OR Questionnaire* OR Tool* OR Psychometric*. Ti
- 23 Metanalys* OR Meta-Analys* OR Meta Analysis OR Systematic Review* OR Systematic Overview* OR Systematic Literature Review* OR Systematical Review* OR Systematical Overview* OR Systematical Literature Overview* OR Systematic Literature Search OR Cochrane Database Systematic Review. Ti
- 24 8 AND 21 AND 22 AND 23

Estrategia de búsqueda de documentos sobre valores y preferencias de los pacientes

CINAHL

214

(((MH (autism spectrum disorder OR asperger syndrome OR autistic disorder OR child development disorders, pervasive) OR TI (autism* OR autistic* OR asperger OR kanner OR asd* OR PDD* autism spectrum disorder OR asperger syndrome OR autistic disorder OR child development disorders,pervasive OR neurodevelopmental disorders OR childhood disintegrative disorder OR pervasive development* disorder*)) AND MH (diagnosis OR early diagnosis OR behavioural risk factor surveillance system OR follow up OR patient referral OR disease management OR) OR TI (screen OR mass screen)) AND MH (attitude to health OR patient participation OR patient preference) OR TI (preference OR choice OR choices OR value*) OR TX (health status value OR valuation* OR expectation* OR attitude* OR acceptab* OR knowledge OR point of view OR user perspective* OR user* perspective OR patient perce* OR patient* perce OR health perception* OR user perce* OR user* perce OR user view* OR user* view OR patient view* OR patient* view OR parent* perspective) AND TX (focus group OR qualitative research) OR TX (decision aid* OR discrete-choice*) OR MH decision making OR TX (utilit* OR gamble* OR prospect theory OR preference score OR preference elicitation OR health utilit* OR utility value* OR utility score* OR utility estimate* OR health state feeling thermometer* OR best-worst scaling OR standard gamble OR time trade-off OR probability trade-off OR utility score OR preference based OR preference score* OR multiattribute OR multi attribute OR EuroQol 5D OR EuroQol5D OR EQ5D OR EQ 5D OR SF6D OR SF 6D OR HUI OR 15D)) AND ((TX metanalys* OR meta-analys* OR meta analysis OR systematic review* OR systematic overview* OR systematic literature review* OR systematical review* OR systematical overview* OR systematical literature overview* OR systematic literature search OR cochrane database systematic review)) Published Date: 20150101-20211231 AND child preschool 2-5 years

- 1 Autism Spectrum Disorder” [Mesh]
- 2 “Asperger Syndrome” [Mesh]
- 3 “Autistic Disorder” [Mesh]
- 4 “Child Development Disorders, Pervasive” [Mesh]
- 5 Autism* OR Autistic* OR Asperger OR Kanner OR ASD OR PDD*.Ti, Ab.
- 6 'Autism Spectrum Disorder OR Asperger Syndrome OR Autistic Disorder OR Child Development Disorders, Pervasive OR Neurodevelopmental Disorders OR Childhood Disintegrative Disorder OR Pervasive Development* Disorder. Ti
- 7 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6
- 8 “Diagnosis”[Mesh Subheading]
- 9 “Early Diagnosis”[Mesh Terms]
- 10 “Behavioural Risk Factor Surveillance System”[Mesh Terms]
- 11 “Follow Up Studies”[Mesh Terms]
- 12 “Referral And Consultation”[Mesh Terms]
- 13 “Disease Management”[Mesh Terms]
- 14 Mass Screening[Mesh Terms]
- 15 Screen OR Mass Screen. Ti,Ab
- 16 8 OR 9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14
- 17 “Attitude To Health” [Mesh Terms]
- 18 “Patient Preference”[Mesh Terms]
- 19 Preference OR Choice OR Choices OR Value* OR Health Status Value OR Valuation* OR Expectation* OR Attitude* OR Acceptab* OR Knowledge OR Point Of View OR User Perspective* OR User* Perspective OR Patient Perce* OR Patient* Perce OR Health Perception* OR User Perce* OR User* Perce OR User View* OR User* View OR Patient View* OR Patient* View OR Parent* Perspective AND Focus Group OR Qualitative Research. Ti
- 20 Decision Aid* OR Discrete-Choice*
- 21 “Decision Making”[Mesh Terms]

CINAHL	<p>22 Utilit* OR Gamble* OR Prospect Theory OR Preference Score OR Preference Elicitation OR Health Utilit* OR Utility Value* OR Utility Score* OR Utility Estimate* OR Health State Feeling Thermometer* OR Best-Worst Scaling OR Standard Gamble OR Time Trade-Off OR Probability Trade-Off OR Utility Score OR Preference Based OR Preference Score* OR Multiattribute OR Multi Attribute OR Euroqol 5D OR Euroqol5d OR EQ5D OR EQ 5D OR SF6D OR SF 6D OR HUI OR 15D</p> <p>23 17 OR 18 OR 19 OR 20 OR 21 OR 22</p> <p>24 Metanalys* OR Meta-Analys* OR Meta Analysis OR Systematic Review* OR Systematic Overview* OR Systematic Literature Review* OR Systematical Review* OR Systematical Overview* OR Systematical Literature Overview* OR Systematic Literature Search OR Cochrane Database Systematic Review</p> <p>25 16 AND 23 AND 24</p> <p>26 Published Date: 20150101-20211231 AND child preschool 2-5 years</p> <p>27 25 AND 26</p>
PSYCINFO	<p>69</p> <p>mainsubject(autism spectrum disorder OR asperges syndrome OR autistic disorder OR child development disorders, pervasive) OR ti(autism* OR autistic* OR asperges OR Kanner OR ASD OR adds OR PDD OR pads) OR ab(autism* OR autistic* OR asperges OR Kanner OR ASD OR adds OR PDD OR pads) OR ti(neurodevelopmental disorders OR Childhood disintegrative disorder OR Pervasive development* disorder*) AND mainsubject(diagnosis OR early diagnosis OR behavioral risk factor surveillance system OR follow up studies OR referral AND consultation OR disease management OR mass Screening) OR ti(screen OR mass screen) AND mainsubject(attitude to health OR patient participation OR patient preference) OR ti(preference OR choice OR choices OR value* OR health status value OR valuation* OR expectation* OR attitude* OR acceptab* OR knowledge OR point of view OR user perspective* OR user* perspective OR patient peace* OR patient* peace OR health peaction* OR user peace* OR user peace* OR user view* OR user* view OR patient view* OR patient* view OR parent* perspective) AND ti(focus group OR qualitative research OR decision aid* OR discrete-choice* OR utilit*Title OR gamble* OR prospect theory OR preference score OR preference elicitation OR health utilit* OR utility value* OR utility score* OR Utility estimate* OR health state OR feeling thermometer* OR best-worst scaling OR standard gamble OR time trade-off OR TTO OR probability trade-off OR utility score OR preference based OR preference score* OR multiattribute OR multi attribute OR EuroQol 5D OR EuroQol5D OR EQ5D OR EQ 5D OR SF6D OR SF 6D OR HUI OR 15D) AND ti(metanalys* OR meta-analys* OR meta analysis OR systematic review* OR systematic overview* OR systematic literature review* OR systematical review* OR systematical overview* OR systematical literature overview* OR systematic literature search OR cochrane database systematic review)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Autism Spectrum Disorder” [MS] 2 “Asperger Syndrome” [MS] 3 “Autistic Disorder” [MS] 4 “Child Development Disorders, Pervasive” [MS] 5 Autism* OR Autistic* OR Asperger OR Kanner OR ASD OR PDD*.Ti, Ab. 6 Neurodevelopmental Disorders OR Childhood Disintegrative Disorder OR Pervasive Development* Disorder.Ti 7 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 8 Diagnosis”[MS] 9 “Early Diagnosis”[MS] 10 “Behavioral Risk Factor Surveillance System”[MS] 11 “Follow Up Studies”[MS] 12 “Referral And Consultation”[MS] 13 “Disease Management”[MS] 14 Mass Screening[MS]

<p>PSYCINFO</p>	<p>15 8 OR 9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14</p> <p>16 Screen OR Mass Screen.Ti,Ab</p> <p>17 "Attitude To Health"[MS]</p> <p>18 "Patient Participation"[MS]</p> <p>19 "Patient Preference"[MS]</p> <p>20 Preference Or Choice Or Choices Or Value* Or Health Status Value Or Valuation* Or Expectation* Or Attitude* Or Acceptab* Or Knowledge Or Point Of View Or User Perspective* Or User* Perspective Or Patient Peace* Or Patient* Peace Or Health Perception* Or User Peace* Or User Peace* Or User View* Or User* View Or Patient View* Or Patient* View Or Parent* Perspective. Ti</p> <p>21 17 OR 18 OR 19 OR 20</p> <p>22 Focus Group OR Qualitative Research OR Decision Aid* OR Discrete-Choice* OR Utilit*Title OR Gamble* OR Prospect Theory OR Preference Score OR Preference Elicitation OR Health Utilit* OR Utility Value* OR Utility Score* OR Utility Estimate* OR Health State OR Feeling Thermometer* OR Best-Worst Scaling OR Standard Gamble OR Time Trade-Off OR TTO OR Probability Trade-Off OR Utility Score OR Preference Based OR Preference Score* OR Multiattribute OR Multi Attribute OR Euroqol 5D OR Euroqol5d OR EQ5D OR EQ 5D OR SF6D OR SF 6D OR HUI OR 15D. Ti</p> <p>23 21 AND 22</p> <p>24 Metanalys* OR Meta-Analys* OR Meta Analysis OR Systematic Review* OR Systematic Overview* OR Systematic Literature Review* OR Systematical Review* OR Systematical Overview* OR Systematical Literature Overview* OR Systematic Literature Search OR Cochrane Database Systematic Review.Ti</p> <p>25 Published Date: 20150101-20211231 AND child preschool 2-5 years</p> <p>26 7 AND 15 AND 23 AND 24 AND 25</p>
<p>CLINICAL TRIALS</p>	<p>Se realizó una búsqueda manual en la base de datos ClinicalTrials.gov. Se buscaron todos los estudios que incluyeran como enfermedad TEA</p>

3.2. Definición y clasificación de TEA

Pregunta clínica descriptiva n.º 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?*

Pregunta clínica descriptiva n.º 2

- ¿Cómo se clasifica el TEA dentro del DSM-5-TR?*

Evidencia

No fue posible la elaboración de perfiles de evidencia y marcos EtD para responder a las preguntas 1 y 2 debido a la característica descriptiva de las 2 preguntas.

Se elaboró un resumen narrativo teniendo en cuenta los documentos que cumplieron los criterios de inclusión en la búsqueda general de GPC y RS, junto con una GPC seleccionada entre los documentos aportados por el GAG (29).

Además, se utilizó la 5.º edición del manual *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* DSM-5 (30) y la versión DSM-5-TR publicada en 2022 (31), como documentos de referencia para la clasificación de TEA, así como la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 11 (32).

3.3. Criterios diagnósticos de TEA

Pregunta clínica descriptiva n.º 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?*

Pregunta clínica descriptiva n.º 4

- En niños y niñas menores de 6 años ¿Son útiles los criterios diagnósticos establecidos en los manuales DSM-5 o CIE-11 para el diagnóstico del TEA?*

Evidencia

Se consideró que la recomendación relacionada con el uso de manuales diagnósticos DSM-IV y CIE-10 de la guía 2009 no estaba vigente ni era aplicable a la práctica clínica actual, por ello se decidió su retirada de la guía. No fue posible la actualización de la recomendación referida en la guía 2009 acerca del uso de los criterios DSM y CIE, al no localizarse evidencia de calidad que comparara los criterios diagnósticos de los manuales más recientemente actualizados con versiones anteriores. En las guías seleccionadas la evidencia localizada fue heterogénea y de calidad baja; esta circunstancia junto a que no se localizaron revisiones sistemáticas y estudios primarios que cumplieran los criterios de inclusión, no permitió la selección de una base de evidencia que apoyara una nueva recomendación.

3.4. Detección precoz

Pregunta clínica n.º 5

- ¿Cómo debe ser el seguimiento de la salud en la infancia en Atención Primaria para detectar precozmente problemas en el desarrollo?*

Formato PICO

Componentes	Alcance
Población	Niños y niñas menores de 6 años a los que se realiza seguimiento en consulta de salud infantil
Intervención	Escalas y otros instrumentos utilizados en el programa de salud infantil para la detección de problemas de desarrollo
Comparación	Cualquiera en función del grupo etario
Resultados / Outcomes	Rendimiento diagnóstico (sensibilidad, especificidad, VPP, VPN)

Evidencia

En la revisión de las referencias de todas las guías seleccionadas, así como en la búsqueda de revisiones sistemáticas y estudios primarios, no se localizaron referencias que pudiera actualizar las recomendaciones referidas al seguimiento de la salud infantil en Atención Primaria, incluidas en la guía para el manejo de pacientes con TEA en Atención Primaria.

Pregunta clínica n.º 6

- ¿Existen señales de alerta / criterios de sospecha específicos del TEA útiles para la detección precoz en Atención Primaria?*

Formato PICO

Componentes	Alcance
Población	Niños y niñas menores de 6 años
Intervención	Definir las señales de alerta / criterios de sospecha específicos para la detección precoz de TEA en Atención Primaria
Comparación	Cualquiera
Resultados / Outcomes	Rendimiento diagnóstico (sensibilidad, especificidad, VPP y VPN)

Evidencia

Perfil de evidencia o tabla de resultados de la pregunta clínica n.º 6

Pregunta 6. Exactitud predictiva de signos y síntomas de sospecha de TEA en menores de 5 años (tabla adoptada de la guía NICE CG128)										
Niños preescolares (0 – 5 años)	N.º de estudios (N.º de pacientes) Diseño de estudio Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia						Resumen de hallazgos			
	Estudios	Diseño	Limitaciones	Inconsistencia	Inconsistencia	Calidad	Número		Exactitud diagnóstica	
							TEA	Controles	Sensibilidad (IC 95 %)	Especificidad (IC 95 %)
Fallo para señalar protodeclarativo, seguimiento de la mirada y juego de simulación (1)	1	Observacional controlado	Algunas	NA	Ninguna	Muy baja	10	23	100 (100 – 100)	100 (100 – 100)
Fallo para señalar protodeclarativo, o señalar protodeclarativo y juego de simulación (1)	1	Observacional controlado	Algunas	NA	Ninguna	Muy baja	10	23	100 (100 – 100)	70 (51 – 88)
No juego de simulación (2)	1	Observacional controlado	Algunas	NA	Ninguna	Muy baja	10	19	90 (71 – 100)	63 (41 – 85)
No juego funcional (2)	1	Observacional controlado	Algunas	NA	Ninguna	Muy baja	10	19	40 (10 – 70)	84 (68 – 100)
Ausencia de preocupación facial en respuesta a otros sufrimientos (2)	1	Observacional controlado	Algunas	NA	Ninguna	Muy baja	10	19	100 (100 – 100)	68 (48 – 89)

Pregunta 6. Exactitud predictiva de signos y síntomas de sospecha de TEA en menores de 5 años (tabla adoptada de la guía NICE CG128) Continuación

Niños preescolares (0 – 5 años)	N.º de estudios (N.º de pacientes) Diseño de estudio Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia						Resumen de hallazgos			
	Estudios	Diseño	Limitaciones	Inconsistencia	Inconsistencia	Calidad	Número		Exactitud diagnóstica	
							TEA	Controles	Sensibilidad (IC 95 %)	Especificidad (IC 95 %)
No atención al sufrimiento (3)	1	Observacional controlado	Algunas	NA	Ninguna	Muy baja	72	39	21 (11 – 30)	100 (100 – 100)
Uso atípico de objetos (4)	1	Observacional controlado	Algunas	NA	Ninguna	Muy baja	9	47	78 (51 – 100)	77 (64 – 88)
Falta de orientación al nombre (5,6)	2	Observacional controlado	Algunas	NA	Ninguna	Muy baja	25	76	64 (43 – 82)	88 (79 – 94)

NA: no aplicable

Referencias:

1. Baron-Cohen S, Cox A, Baird G, Swettenham J, Nightingale N, Morgan K, et al. Psychological markers in the detection of autism in infancy in a large population. *Br J Psychiatry*. 1996 Feb;168(2):158-63. doi: 10.1192/bjp.168.2.158.
2. Charman T, Swettenham J, Baron-Cohen S, Cox A, Baird G, Drew A. Infants with autism: an investigation of empathy, pretend play, joint attention, and imitation. *Dev Psychol*. 1997 Sep;33(5):781-9. doi: 10.1037//0012-1649.33.5.781.
3. Dawson G, Toth K, Abbott R, Osterling J, Munson J, Estes A, et al. Early social attention impairments in autism: social orienting, joint attention, and attention to distress. *Dev Psychol*. 2004 Mar;40(2):271-83. doi: 10.1037/0012-1649.40.2.271.
4. Ozonoff S, Macari S, Young GS, Goldring S, Thompson M, Rogers SJ. Atypical object exploration at 12 months of age is associated with autism in a prospective sample. *Autism*. 2008 Sep;12(5):457-72. doi: 10.1177/1362361308096402.
5. Werner E, Dawson G, Osterling J, Dinno N. Brief report: Recognition of autism spectrum disorder before one year of age: a retrospective study based on home videotapes. *J Autism Dev Disord*. 2000 Apr;30(2):157-62. doi: 10.1023/a:1005463707029.
6. Nadig AS, Ozonoff S, Young GS, Rozga A, Sigman M, Rogers SJ. A prospective study of response to name in infants at risk for autism. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007 Apr;161(4):378-83. doi: 10.1001/archpedi.161.4.378.

Marco EtD pregunta n.º 6

¿Existen señales de alerta/criterios de sospecha específicos del TEA útiles para la detección precoz en Atención Primaria?	
POBLACIÓN	Niños y niñas menores de 6 años
INTERVENCIÓN	Definir las señales de alerta / criterios de sospecha específicos para la detección precoz de TEA en Atención Primaria
COMPARACIÓN	Cualquiera
DESENLACES PRINCIPALES	Rendimiento diagnóstico (sensibilidad, especificidad, VPP, VPN)
ESCENARIO	Atención Primaria
PERSPECTIVA	Sistema Nacional de Salud
CONTEXTO	<p>El cuadro clínico de TEA presenta signos y síntomas variables a lo largo de las diferentes etapas de desarrollo, así como particularidades de comportamiento de cada niño y niña. En algunos casos los criterios diagnósticos podrían no ser claros y el diagnóstico diferencial con otros trastornos del desarrollo presenta grandes dificultades, que requieren la pericia del profesional sanitario</p> <p>Un retraso en el diagnóstico puede acrecentar los síntomas y retrasar la integración y desarrollo del niño y niña dentro de su entorno, con dificultades para las relaciones sociales y comportamiento con otros niños y niñas (33,34)</p>

Evaluación

Problema ¿El problema es una prioridad?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> No lo sé 	<p>En las últimas décadas se ha constatado un aumento generalizado de personas diagnosticadas de autismo, con cifras de 0,04 % en el decenio de 1970 a 1 – 2 % de prevalencia en la actualidad (35)</p> <p>La presentación clínica de TEA es muy variable, con diferentes grados de gravedad que oscilan desde síntomas leves a cuadros con importante discapacidad</p>	<p>La actualización de esta pregunta se considera una prioridad ante la necesidad de investigar la publicación de nueva evidencia relacionada con el rendimiento diagnóstico de signos o síntomas que puedan hacer sospechar la presencia de TEA</p>

Exactitud de la prueba

¿Cuán exacta es la prueba?

Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none">○ Muy inexacta● No exacta○ Exacta○ Muy exacta○ Varía○ No lo sé	Ver perfil de evidencia	<p>La posibilidad de autismo deber ser considerada ante una preocupación por el comportamiento o desarrollo en la infancia o juventud. El primer contacto con el servicio sanitario abarca profesionales sanitarios de diferente experiencia en el diagnóstico de autismo. La prioridad es evitar el riesgo de no reconocer a los niños y niñas con TEA</p> <p>El punto de vista del grupo elaborador de la guía NICE 128 (GEG NICE) fue que no se necesitaba una elevada exactitud de un signo o síntoma específico, ya que, al principio del proceso de detección de TEA, el reconocimiento de los síntomas es más importante que la posibilidad de sobrediagnóstico</p> <p>El GEG NICE tomó una decisión pragmática basada en considerar solo la evidencia con sensibilidad y especificidad del 80 % y un límite inferior del IC del 95 % no inferior al 70 %. La decisión de derivar a un niño o niña para una evaluación diagnóstica de autismo requiere una consideración cuidadosa, ya que el servicio de referencia se puede ver saturado. Por ello se consideró que se requeriría un nivel elevado de exactitud de los signos y síntomas (o de ambos) para tomar la decisión de derivar para una evaluación adicional. El GEG NICE declaró que una búsqueda sistemática de la literatura no identificaría estudios que evaluaran cuándo derivar para una evaluación, por ello no consideró un umbral específico de exactitud para un signo o síntoma que determinara una derivación directa</p> <p>No se localizaron revisiones sistemáticas ni estudios primarios que pudieran actualizar la base de evidencia de la recomendación de la Guía NICE CG128</p>

Certeza de la evidencia

¿Cuál es la certeza general de la evidencia sobre la exactitud de los signos/síntomas de sospecha de TEA?

Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none">● Muy baja○ Baja○ Moderada○ Alta○ Ningún estudio incluido	<p>La confianza global en la evidencia que apoyaba la recomendación fue considerada muy baja por el GEG NICE</p> <p>La única combinación de signos que cumplió el umbral de exactitud previamente establecido fue: señalar protodeclarativo, seguimiento de la mirada y juego de simulación. La edad de la población del estudio del que procedían estos datos fue menor de 2 años, por lo que no estaba claro cómo generalizar los resultados para niños y niñas de mayor edad. Aunque estos signos reflejan ampliamente la experiencia clínica del GEG NICE, indicaron un número muy pequeño de signos / síntomas de utilidad para detectar el autismo en diferentes edades. No se identificaron estudios que compararan la efectividad de signos o síntomas individuales (o combinaciones) como señales de alarma para la derivación para una evaluación diagnóstica de autismo</p> <p>Una parte de la evidencia no tuvo ningún uso práctico y en general no fue de ayuda para la elaboración de un listado de signos/síntomas indicativos para una derivación. Dada la escasa evidencia, las recomendaciones respecto a cuándo derivar se basaron en la opinión de los expertos del GEG NICE</p>	<p>Tanto la calidad general de la evidencia relacionada con el rendimiento diagnóstico de los signos y síntomas, basada en 9 estudios observacionales (36-44) como la relacionada de manera específica con los niños menores de 5 años, basada en 6 estudios (38,39,41-44) fue considerada muy baja por el GEG NICE</p> <p>No se localizaron revisiones sistemáticas ni estudios primarios que actualizaran la evidencia que apoyaba la recomendación de la guía NICE CG128. Tampoco se localizaron revisiones sistemáticas ni estudios primarios que pudieran actualizar la base de evidencia de la recomendación de la GPC para el manejo de pacientes con TEA en Atención Primaria 2009</p> <p>La guía NICE CG128 incorporó los signos y síntomas seleccionados en el perfil de evidencia junto con otros signos y síntomas basados en el consenso de expertos dentro de un listado tabulado y clasificado en función de la interacción social y el comportamiento. El GEG NICE consideró esta información clínicamente relevante y fácilmente observable o provocada por profesionales especialistas en pediatría. Reflejan las deficiencias principales en la alteración de la comunicación social recíproca y la interacción y los intereses fijos y comportamientos inusuales</p> <p>Aunque las características enumeradas en el listado tabulado son consistentes con el autismo, el GEG NICE reconoció que estas características eran variables entre diferentes personas. Los y las profesionales no deben descartar la posibilidad de autismo si ciertas características no están presentes o si después de una intervención basada en las necesidades, las dificultades parecen resolverse</p> <p>Los y las profesionales deben conocer que mientras el comportamiento en el autismo es generalizado, las manifestaciones pueden variar dependiendo de la situación, incluyendo su familiaridad, grado de predictibilidad, así como estructura y apoyo. Algunos niños, niñas y jóvenes con autismo pueden ser verbalmente capaces, tener buen contacto ocular, sonreír, jugar y mostrar afecto a los miembros de la familia. Los niños y niñas en edad escolar con autismo podrían tener normal o incluso un desarrollo escolar avanzado. El retraso en los hitos del lenguaje no descarta autismo, aunque las características inusuales descritas del habla, entendimiento del lenguaje y uso deben estar presentes</p>

Valores

¿Hay incertidumbre importante o variabilidad sobre cómo valoran las personas los desenlaces principales?

Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none">○ Incertidumbre o variabilidad importante● Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importante○ Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importante○ No hay variabilidad o incertidumbre importante		<p>El GEG NICE CG128 consideró que era importante valorar la preocupación de los padres y madres en el contexto del autismo, aunque no sea compartida por otros miembros de la familia</p> <p>Muchas familias y cuidadores encuentran útil el proceso y un reconocimiento precoz puede evitar retraso en el diagnóstico. Sin embargo, el GEG reconoció que la derivación para una evaluación de autismo podría ser estresante o incluso inaceptable para los familiares o para los niños, niñas o jóvenes. Por esta razón, el GEG enfatizó en la importancia de un análisis cuidadoso y la participación en el proceso de familiares, cuidadores y niños, cuando fuera apropiado, manteniendo los intereses del niño, niña o joven como eje central en el proceso de toma de decisiones. Incluso cuando los niños, niñas o jóvenes no tienen autismo, si hay un problema de comportamiento o desarrollo, una evaluación de su problema es beneficiosa, ya que pueden ser dirigidos a otras vías de diagnóstico apropiadas</p>

Balance de efectos

¿El balance entre efectos deseables y no deseables favorece la intervención o la comparación?

Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none">○ Favorece la comparación● Probablemente favorece la comparación○ No favorece la intervención ni la comparación○ Probablemente favorece la intervención○ Favorece la intervención○ Varía○ No lo sé	<p>La evidencia no abordó directamente posibles beneficios o daños asociados al reconocimiento de autismo y la decisión de derivar a un equipo especializado</p> <p>El punto de vista del GEG NICE fue que cualquier niño, niña o joven con problemas relacionados con el desarrollo o comportamiento requería una evaluación cuidadosa. En algunos casos, es posible que no haya motivos reales para la ansiedad y resolver las dudas puede ser una estrategia apropiada y útil. Cuando haya motivos para la preocupación, una evaluación clínica sería necesaria. En algunos niños y niñas atendidos en Atención Primaria podría considerarse apropiada la derivación a un centro de desarrollo infantil, una terapia del habla y lenguaje o la atención en Servicios de Salud Mental infantil y adolescente. Para aquellos niños y niñas en los que el profesional sanitario se plantee la posibilidad de un diagnóstico de autismo, debería ofrecerse una derivación a un equipo especializado. Existen beneficios al establecer la naturaleza de cualquier trastorno del comportamiento o desarrollo</p> <p>El GEG NICE reconoció que la decisión de derivar a un equipo de autismo podría condicionar un diagnóstico incorrecto, que podría tener consecuencias negativas para los niños, niñas, jóvenes y sus familias. Por ello consideraron importante que la guía debía proporcionar recomendaciones para establecer un diagnóstico de autismo lo más exacto posible. En general, el GEG NICE consideró que los beneficios de la detección de TEA superaban los potenciales daños de un diagnóstico erróneo</p>	

Coste-efectividad

¿El coste-efectividad de la intervención beneficia la intervención o la comparación?

Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none">○ Favorece la comparación○ Probablemente favorece la comparación○ No favorece la intervención ni la comparación● Probablemente favorece la intervención○ Favorece la intervención○ Varía○ Ningún estudio incluido	<p>No se localizó evidencia que abordara el coste-efectividad del reconocimiento de signos/síntomas de autismo. El consenso del GEG NICE fue que el uso de la tabla de signos y síntomas y unos criterios claros para derivar a los niños y niñas con sospecha de diagnóstico de TEA podría aumentar las tasas de derivaciones, pero también, mejorar el reconocimiento de aquellos que requieren una evaluación, independientemente de si finalmente fueron diagnosticados de TEA u otro trastorno. Aunque el diagnóstico no sea confirmado, la derivación inicial podría conducir a una identificación temprana de otros trastornos del neurodesarrollo o de la comunicación, lo que supondría un uso coste-efectivo de los recursos. El listado de signos y síntomas podría tranquilizar a los familiares y cuidadores de la escasa probabilidad de autismo en sus hijos o hijas y reducir consultas y costos innecesarios. El consenso del GEG NICE es que, si aumentaban las derivaciones, el proceso de toma de decisiones debía ser rápido, simple y efectivo en la identificación de los niños y niñas que debían someterse a una evaluación diagnóstica específica de autismo, ya que esta es la parte de mayor coste dentro del procedimiento diagnóstico. Es importante que la decisión sobre quién debe ser evaluado sea lo más exacta posible, ya que en caso contrario podría aumentar los tiempos de espera y el costo. Es necesario sopesar el beneficio adicional de una identificación y derivación correcta en los niños y niñas con autismo con el coste adicional para el NHS y el estrés que supone para la familia la valoración de aquellos sin autismo. No se localizaron datos para ayudar al GEG NICE en sus consideraciones, y el consenso fue que los beneficios superarían los costes</p>	

Equidad

¿Cuál sería el impacto en equidad en salud?

Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ Reducido ○ Probablemente reducido ○ Probablemente ningún impacto ○ Probablemente aumentado ○ Aumentado ○ Varía ● No lo sé 	No evidencia de investigación	<p>El GEG NICE consideró que la sospecha de autismo debía ser valorada por un equipo especializado en autismo, con un punto único de derivación para simplificar el proceso y asegurar equidad en el acceso</p> <p>El GEG NICE consideró la posibilidad de que hubiera algún tema de potencial desigualdad en los síntomas y signos de autismo. Los y las profesionales pueden tener dificultades para interpretar comportamientos diferentes a lo habitual en niños, niñas y jóvenes de diferente cultura, pero no deben asumir que diferencias en un comportamiento infantil sean debidas a diferencias culturales. El GEG NICE consideró que los y las profesionales necesitarían ser autocríticos con cualquier desconocimiento respecto a otras culturas con las que no estén familiarizados, incluidas ciertas costumbres de crianza, interpretación de cómo juegan los niños y niñas entre ellos y con los adultos y las expectativas de las familias y cuidadores sobre el desarrollo infantil.</p> <p>El retraso en el lenguaje asociado con autismo puede ser atribuido con frecuencia a dificultades para entender o expresarse en una lengua diferente a la de origen. Es importante considerar si el niño o niña tiene problemas para entender su lengua materna, para minimizar el riesgo de sobrevalorar los signos / síntomas de autismo</p> <p>Los niños y niñas de entornos muy desfavorecidos que han experimentado malos tratos o desventajas psicosociales considerables con múltiples cuidadores plantean un desafío particular</p> <p>Los y las profesionales deben ser cautelosos para no asumir que los signos de autismo se deben a un entorno familiar perturbador o abusivo, múltiples entornos de atención o un padre, madre o cuidador con problemas de salud física o mental. Algunos de los signos y síntomas de autismo pueden solaparse con los trastornos del apego, un diagnóstico que se realiza con frecuencia en los niños tutelados</p> <p>Basado en la experiencia clínica, el GEG NICE reconoció que las niñas con TEA eran infradiagnosticadas frente a los niños</p> <p>El GEG NICE destacó que el autismo era infradiagnosticado en niños, niñas y jóvenes con discapacidad intelectual, ya que los signos / síntomas podrían estar enmascarados. Los signos/síntomas necesitan ser considerados desde la perspectiva de la edad intelectual del niño o niña, y no desde la perspectiva de su edad biológica. Algunos profesionales pueden cometer un error de diagnóstico al no considerar el autismo porque esté presente un diagnóstico de discapacidad intelectual. En algunos casos, se puede subestimar la importancia de un diagnóstico de autismo cuando hay otras deficiencias intelectuales, viéndose el diagnóstico de autismo como una carga adicional para las familias. La opinión del GEG NICE es que el diagnóstico de autismo en niños, niñas y jóvenes con discapacidad intelectual es importante para proporcionar el tipo adecuado de ayuda y apoyo a personas con autismo, familiares y cuidadores</p>

Aceptabilidad

¿La intervención es aceptable para las partes interesadas?

Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none">○ No○ Probablemente no○ Probablemente sí○ Sí○ Varía● No lo sé	No evidencia de investigación	<p>El GEG NICE reconoció que debe considerarse al niño y niña en su contexto, buscando combinaciones de signos/síntomas que identifiquen patrones de comportamiento y desarrollo. Los equipos profesionales sanitarios consideran un conjunto de factores cuando deciden derivar a un niño o niña para una evaluación adicional, como el entorno en el que es observado, la gravedad y duración de los signos/síntomas, el impacto en los niños y jóvenes y sus familias, quién está preocupado y desde cuándo, así como la presencia de signos/síntomas junto con factores de riesgo y otra información</p> <p>El listado tabulado de signos y síntomas elaborado por el GEG NICE pretende aportar una visión global de los intereses restringidos y repetitivos del comportamiento y la comunicación social y comportamientos característicos del autismo. El GEG NICE es consciente de que no es posible enumerar todas las posibles variaciones de signos y síntomas en una tabla, por lo que los y las profesionales no deben descartar el autismo si no se observan todos estos signos y síntomas.</p> <p>El GEG NICE consideró esta información clínicamente relevante y fácilmente observable o provocada por profesionales especialistas en pediatría. Reflejan las deficiencias principales en la alteración de la comunicación social recíproca y la interacción y los intereses fijos y comportamientos inusuales</p> <p>Aunque las características enumeradas en el listado tabulado son consistentes con el autismo, el GEG NICE reconoció que podrían variar entre diferentes personas. Los y las profesionales no deben descartar la posibilidad de autismo si ciertas características no están presentes o si después de una intervención basada en las necesidades, las dificultades parecen resolverse. Los y las profesionales también tienen que tener en cuenta que, aunque el comportamiento del autismo es generalizado, las manifestaciones pueden variar según la situación, incluyendo su familiaridad, grado de previsibilidad y estructura y apoyo. Algunos niños, niñas y jóvenes con autismo pueden hablar, tener un contacto ocular apropiado, sonreír, jugar y mostrar sentimientos de afecto a sus familiares. Los niños y niñas en edad escolar con autismo podrían tener un desarrollo preescolar normal o avanzado. El retraso en los hitos del lenguaje no confirma el autismo, aunque las características inusuales descritas del habla, comprensión y uso del lenguaje deben estar presentes</p>

Viabilidad ¿Es factible implementar la intervención?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ○ Sí ○ Varía ● No lo sé 	No evidencia de investigación	

Conclusiones

Recomendación
<p>Al considerar la posibilidad de autismo se debe tener en cuenta que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Los signos y síntomas deben ser analizados en el contexto del desarrollo general del niño y niña o joven <input type="checkbox"/> Los signos y síntomas no siempre son reconocidos por familiares, cuidadores, los propios niños, niñas y jóvenes o por otros profesionales <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> El diagnóstico de autismo puede fallar en niños y niñas o jóvenes con una discapacidad intelectual <input type="checkbox"/> El diagnóstico de autismo puede fallar en niños y niñas o jóvenes que son verbalmente capaces <input type="checkbox"/> El autismo puede estar infradiagnosticado en las niñas <input type="checkbox"/> La información importante sobre el desarrollo temprano puede no estar fácilmente disponible en algunos niños, niñas y jóvenes, por ejemplo, en vigilados o tutelados y en incluidos en el sistema judicial <input type="checkbox"/> Los signos y síntomas pueden no ser explicados por experiencias perturbadoras en el hogar o problemas mentales o enfermedad física de los padres o madres

Justificación
<p>Justificación general</p> <p>Se decidió la adopción de la recomendación que sugiere el análisis de los signos y síntomas de posible TEA en el contexto del desarrollo general de la infancia y juventud, teniendo en cuenta la variabilidad cultural, de género, capacidad intelectual, capacidad verbal, así como la posibilidad de que podrían no ser reconocidos o estar enmascarados por mecanismos de afrontamiento del paciente en un entorno de apoyo</p> <p>Justificación detallada</p> <p>El problema se considera una prioridad</p> <p>Exactitud: en general, los signos y síntomas de sospecha de TEA se consideraron imprecisos</p> <p>Certeza en la evidencia: muy baja</p> <p>Balance de efectos: el grupo consideró que el balance beneficio-riesgo era favorable a la evaluación de signos y síntomas, al representar un impacto importante en la toma de decisiones sobre el plan de cuidados y los tratamientos, y podría favorecer la planificación de aspectos personales y familiares</p> <p>Equidad, aceptabilidad, viabilidad: no evidencia de investigación</p>
Consideraciones del subgrupo
No se realizaron análisis de subgrupos
Consideraciones de implementación
No información disponible
Supervisión y evaluación
No información disponible
Prioridades de investigación
No información disponible

Pregunta clínica n.º 7

□ *¿Qué escalas de evaluación de sospecha de TEA son más efectivas?*

Formato PICO

Componentes	Alcance
Población	Niños y niñas menores de 6 años con sospecha de TEA
Intervención	Nuevas escalas de evaluación
Comparación	M-CHAT / Escala autónoma
Resultados / Outcomes	Variables de rendimiento diagnóstico (sensibilidad, especificidad y valores predictivos)

Evidencia

Perfil de evidencia o tabla de resultados de la pregunta clínica n.º 7.

Exactitud predictiva de signos y síntomas de sospecha de TEA en menores de 5 años (tabla adoptada de la guía NICE CG128)										
Instrumentos de diagnóstico (puntuaciones)	Evaluación de la calidad						Resumen de hallazgos			
							N.º de participantes		Exactitud diagnóstica	
	N.º de estudios (N.º de pacientes)	Diseño de estudio	Limitaciones	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Calidad	TEA	NO TEA	Sensibilidad (IC 95 %)	Especificidad (IC 95 %)
Todos los estudios										
SCQ (<i>cut-off</i> : 15) (1,2,3,4,5)	5	Observacional No controlado	No utilizado	No utilizada	No utilizada	Muy baja	590	365	71 (67 – 75)	62 (57 – 67)
M-CHAT (≥ 2 of 6) (2,5)	2	Observacional No controlado	No utilizado	No utilizada	No utilizada	Muy baja	95	43	74 (64 – 82)	42 (27 – 68)
ABC-Teacher (≥ 67) (6,7)	2	Observacional No controlado	No utilizado	No utilizada	No utilizada	Muy baja	11	103	46 (17 – 67)	96 (90 – 99)
ASSQ (Teacher, ≥ 22) (8)	1	Observacional No controlado	No utilizado	No utilizada	No utilizada	Muy baja	21	88	71 (52 – 91)	91 (85 – 97)
ASSQ (Parent, ≥ 19) (8)	1	Observacional No controlado	No utilizado	No utilizada	No utilizada	Muy baja	21	88	62 (41 – 83)	90 (83 – 96)
DBC-ES (<i>cut-off</i> : 11) (9)	1	Observacional No controlado	No utilizado	No utilizada	No utilizada	Muy baja	142	65	83 (77 – 89)	48 (35 – 60)
Niños preescolares (0 – 5 años)										
SCQ (<i>cut-off</i> : 15) (2,4,5)	3	Observacional No controlado	No utilizado	No utilizada	No utilizada	Muy baja	232	127	69 (63 – 75)	61 (52 – 69)
M-CHAT (≥ 2 of 6) (2,5)	2	Observacional No controlado	No utilizado	No utilizada	No utilizada	Muy baja	143	117	74 (64 – 82)	57 (41,72)
ASSQ	Ningún estudio cumplió los criterios de inclusión									
DBC-ES (<i>cut-off</i> : 1) (9)	1	Observacional No controlado	No utilizado	No utilizada	No utilizada	Muy baja	142	65	83 (77 – 89)	48 (36 – 60)

Durante el desarrollo de la guía NICE CG128 se ha revisado el manual GRADE aunque esta guía ha seguido utilizando la versión del manual que estaba disponible al comienzo del desarrollo (versión 3.1) que establecía que los estudios observacionales no controlados debían clasificarse de baja calidad. Así, los estudios observacionales no controlados incluidos en esta guía no se sometieron a ningún análisis de calidad y no han sido evaluados en términos de limitaciones, inconsistencia y evidencia indirecta, al estar su calidad predefinida. Esto se ha hecho explícito en el perfil de evidencia insertando “no utilizado” debajo del encabezado de cada criterio de calidad

Referencias:

1. Allen CW, Silove N, Williams K, Hutchins P. Validity of the social communication questionnaire in assessing risk of autism in preschool children with developmental problems. *J Autism Dev Disord.* 2007 Aug;37(7):1272-8. doi: 10.1007/s10803-006-0279-7.
2. Eaves LC, Wingert HD, Ho HH, Mickelson EC. Screening for autism spectrum disorders with the social communication questionnaire. *J Dev Behav Pediatr.* 2006 Apr;27(2 Suppl):S95-S103. doi: 10.1097/00004703-200604002-00007.
3. Eaves LC, Wingert H, Ho HH. Screening for autism: agreement with diagnosis. *Autism.* 2006 May;10(3):229-42. doi: 10.1177/1362361306063288.
4. Corsello C, Hus V, Pickles A, Risi S, Cook EH Jr, Leventhal BL, Lord C. Between a ROC and a hard place: decision making and making decisions about using the SCQ. *J Child Psychol Psychiatry.* 2007 Sep;48(9):932-40. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01762.x.
5. Snow AV, Lecavalier L. Sensitivity and specificity of the Modified Checklist for Autism in Toddlers and the Social Communication Questionnaire in preschoolers suspected of having pervasive developmental disorders. *Autism.* 2008 Nov;12(6):627-44. doi: 10.1177/1362361308097116.
6. Gray KM, Tonge BJ, Sweeney DJ, Einfeld SL. Screening for autism in young children with developmental delay: an evaluation of the developmental behaviour checklist: early screen. *J Autism Dev Disord.* 2008 Jul;38(6):1003-10. doi: 10.1007/s10803-007-0473-2.
7. Ehlers S, Gillberg C, Wing L. A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children. *J Autism Dev Disord.* 1999 Apr;29(2):129-41. doi: 10.1023/a:1023040610384.
8. Nordin V, Gillberg C. Autism spectrum disorders in children with physical or mental disability or both. II: Screening aspects. *Dev Med Child Neurol.* 1996 Apr;38(4):314-24. doi: 10.1111/j.1469-8749.1996.tb12097.x.
9. Goodman R, Minne C. Questionnaire screening for comorbid pervasive developmental disorders in congenitally blind children: a pilot study. *J Autism Dev Disord.* 1995 Apr;25(2):195-203. doi: 10.1007/BF02178504.

Perfil de evidencia tabla 2. Exactitud predictiva de M-CHAT R/F validado en población española para identificar un aumento de probabilidad de TEA

Bibliografía: Magán Maganto *et al.* 2018

Sensibilidad	0,78 (CI 95 %: 0,60 a 0,97)	Prevalencia	0,7 % ^a	0,59 % ^b	1 % ^c
Especificidad	0,99 CI 95 %: 0,99 a 0,99)				

Desenlace	N.º de estudios (N.º de pacientes)	Diseño de estudio	Factores que pueden disminuir la certeza de la evidencia					Efecto por 1000 pacientes entrevistados			Calidad de la evidencia de la exactitud del test
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	Probabilidad (pre-test de 0,7 %)	Probabilidad (pre-test de 0,59 %)	Probabilidad (pre-test de 1 %)	
Verdaderos positivos (pacientes con sospecha de TEA)	1 estudio (19 pacientes)	Cohorte transversal	Serio ^d	Serio ^e	no es serio	no es serio ^f	ninguno	5 (4 a 7)	5 (3 a 6)	8 (6 a 10)	⊕⊕○○ Baja
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener sospecha de TEA)								2 (0 a 3)	1 (0 a 3)	2 (0 a 4)	
Verdaderos negativos (pacientes sin sospecha de TEA)	1 estudio (6606 pacientes)	Cohorte transversal	Serio ^d	Serio ^e	no es serio	no es serio ^g	ninguno	983 (983 a 983)	984 (984 a 984)	980 (980 a 980)	⊕⊕○○ Baja
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como sospecha de TEA)								10 (10 a 10)	10 (10 a 10)	10 (10 a 10)	

Explicaciones

- a. Datos de prevalencia de un estudio realizado en Tarragona como parte del proyecto EPINED (*Neurodevelopmental Disorders Epidemiological Research Project*) (25)
- b. Datos de prevalencia procedentes de un estudio realizado en Gipuzkoa como parte del proyecto "Autism Spectrum Disorders in Europe" (ASDEU) (19)
- c. Datos de prevalencia publicados por la OMS en 2021 (16)
- d. Riesgo de sesgo serio debido a la población seleccionada para realizar el cribado. Se estimó una población de 11 710 niños incluidos en el programa de niño sano. Se realizó la prueba M-CHAT-TR a 6625 niños. No se especificaron los motivos y/o criterios de selección. El estudio no informó si la prueba de referencia (verificación o no del diagnóstico de TEA basado en los criterios DSM-5 incluyendo varias escalas) fue interpretada sin conocimiento de los resultados de la otra prueba, aunque al realizarla en una unidad de investigación central, es probable que los evaluadores asumieran que todos los niños derivados tenían un MCHAT positivo. Los autores asumieron la misma proporción de resultados positivos y negativos en los datos que faltaron que en los niños evaluados. Por otra parte, no se pudieron recuperar los datos de la historia clínica de los niños, y se realizaron las estimaciones a partir de los datos aportados por el INE
- e. La población incluida para realizar cribado fue niños y niñas incluidos en el programa de niño sano, independientemente de que presentaran sospecha de TEA
- f. Con una prevalencia baja, el IC amplio de la sensibilidad es probable que tenga menos repercusión en el IC de los verdaderos positivos detectados por M-CHAT RF
- g. Los límites del IC de la especificidad fueron estrechos

Marco EtD pregunta n.º 7

¿Qué escalas de evaluación de sospecha de TEA son más efectivas?	
POBLACIÓN	Niños y niñas menores de 6 años con sospecha de TEA
INTERVENCIÓN	Nuevas escalas de evaluación para el triaje de signos/síntomas de sospecha de TEA (M-CHAT R/F)
COMPARACIÓN	M-CHAT/Escala autónoma
DESENLACES PRINCIPALES	Variables de rendimiento diagnóstico (sensibilidad, especificidad, valores predictivos)
ESCENARIO	Atención Primaria
PERSPECTIVA	Sistema Nacional de Salud
CONTEXTO	<p>El proceso diagnóstico del TEA es complejo, con múltiples factores relacionados, entre los que se encuentra la variabilidad de síntomas y grados de gravedad</p> <p>En la actualidad no se han detectado signos o síntomas patognomónicos de TEA ni biomarcadores específicos para su diagnóstico, por lo que la sospecha de un posible TEA podría comenzar ante la aparición de señales de un trastorno del neurodesarrollo en la infancia temprana</p> <p>Existen una gran variedad de instrumentos disponibles para las diferentes fases dentro del proceso de detección de signos y síntomas de TEA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Instrumentos de cribado para la detección de trastornos del neurodesarrollo: utilizados en población sana durante las visitas de seguimiento de la salud infantil o ante la preocupación de los padres y madres <input type="checkbox"/> Pruebas de triaje o clasificación: facilitan la detección de señales de alerta temprana de TEA en niños y niñas con una alteración en el desarrollo <input type="checkbox"/> Otros instrumentos más específicos: son utilizados junto con la valoración clínica para la confirmación del diagnóstico de TEA por profesionales expertos dentro de servicios especializados <p>El cuadro clínico de TEA presenta signos y síntomas variables a lo largo de las diferentes etapas de desarrollo, así como particularidades de comportamiento de cada niño y niña. En algunos casos los criterios diagnósticos podrían no ser claros y el diagnóstico diferencial con otros trastornos del desarrollo presenta grandes dificultades, que requieren la pericia del profesional sanitario</p> <p>En nuestro contexto se disponen de varias versiones validadas en castellano del <i>Checklist for Autism in Toddlers</i> (M-CHAT) y de la Escala Autónoma utilizada para la detección del trastorno de Asperger (DSM-IV) y autismo de alto funcionamiento, desarrollada y validada para población española</p>

Evaluación

Problema ¿El problema es una prioridad?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ● Sí ○ Varía ○ No lo sé 	<p>En las últimas décadas se ha constatado un aumento generalizado de personas diagnosticadas de autismo, con cifras que variaron desde 0,04 % en el decenio de 1970 a 1 – 2 % de prevalencia en la actualidad (35). El diagnóstico de autismo es complejo y requiere un nivel de alerta desde el inicio de los primeros síntomas / signos de un trastorno del neurodesarrollo</p> <p>En el SNS se realiza, dentro del programa de salud infantil, el cribado de trastornos del neurodesarrollo, mediante instrumentos de evaluación como la escala Haizea-Llevant</p> <p>En la fase siguiente del procedimiento diagnóstico, se dispone de una gran variedad de instrumentos que podrían ayudar a diferenciar signos/síntomas de trastornos del neurodesarrollo compatibles con un posible cuadro de TEA</p>	<p>La actualización de la pregunta sobre escalas de evaluación de sospecha de TEA se considera una prioridad ante la necesidad de analizar la nueva evidencia relacionada con estos instrumentos y su validación en el contexto de la población española</p>
Exactitud de la prueba ¿Cuán exacta es la prueba?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ● Muy inexacta ○ No exacta ○ Exacta ○ Muy exacta ○ Varía ○ No lo sé 	<p>El grupo elaborador de la guía NICE CG128 acordó un umbral de exactitud en la predicción para los instrumentos o escalas de detección precoz de sospecha de TEA para toda la guía</p> <p>Ninguna de las escalas evaluadas cumplió los niveles predefinidos de exactitud diagnóstica (80 % de S y E con el umbral más bajo del IC de 95 % de 70 %)</p> <p>La evidencia con respecto a las herramientas localizadas para identificar un mayor riesgo de presentar autismo fue muy limitada y la exactitud insuficiente</p>	

Exactitud de la prueba ¿Cuán exacta es la prueba?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ● Muy inexacta ○ No exacta ○ Exacta ○ Muy exacta ○ Varía ○ No lo sé 	<p>En la búsqueda de documentos que incluyeran instrumentos validados en población española se localizó una revisión sistemática que fue llevada a cabo con el objetivo principal de identificar instrumentos para el triaje de TEA específicamente desarrollados para la población de habla española o que habían sido traducidos y adaptados para su uso en esta población (25). De los 5 instrumentos incluidos para la síntesis de resultados en esta revisión, 3 fueron evaluados en hispanohablantes pero no validados en nuestro contexto (<i>Autism detection in Early Childhood ADEC</i>, <i>Social communication Questionnaire SCQ</i> y <i>Checklist for Autism in Toddlers CHAT</i>); otro instrumento fue evaluado en un estudio con un tamaño de muestra pequeño y un amplio rango de edad de los participantes (ASA-HiCh), circunstancias que fueron consideradas limitaciones importantes para generalizar los resultados</p> <p>Se localizaron 2 instrumentos evaluados y validados en población residente en España, adaptándose a las diferencias culturales y de lenguaje, el <i>Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)</i> y <i>M-CHAT revisado con seguimiento (M-CHAT-R/F)</i></p> <p>Se localizaron 3 artículos primarios con resultados relacionados con M-CHAT y M-CHAT-R/F:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Canal Bedía, 2011 (26): estudio que analizó los cuestionarios M-CHAT de 4535 niños y niñas con el objetivo de validar y adaptar el cuestionario M-CHAT a la población española □ García Primo, 2014 (27): estudio que incluyó los datos del programa de detección precoz de trastornos generalizados del desarrollo utilizando M-CHAT hasta diciembre de 2012 □ Magán Maganto, 2018 (28): estudio llevado a cabo para la traducción, implementación y evaluación de la versión española de M-CHAT revisado con seguimiento (M-CHAT-R/F). Se incluyeron 6625 niños y niñas procedentes del programa de salud infantil <p>No se localizaron nuevos estudios relacionados con la efectividad de la escala Autónoma posteriores a los incluidos en la guía para el manejo de pacientes con TEA en Atención Primaria 2009 (45)</p>	

Exactitud de la prueba ¿Cuán exacta es la prueba?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ● Muy inexacta ○ No exacta ○ Exacta ○ Muy exacta ○ Varía ○ No lo sé 	<p>En el <i>perfil de evidencia-tabla 1</i> se expone la tabla de evidencia con la exactitud de cada instrumento para predecir un diagnóstico de TEA, adoptada de la guía NICE CG128. Se ha incluido la evidencia para toda la población de estudio y para los niños y niñas menores de 5 años, por ser la población coincidente con el alcance de esta revisión</p> <p>En el <i>perfil de evidencia-tabla 2</i> se muestra la tabla de rendimiento diagnóstico del cuestionario M-CHAT R/F validado en población española</p>	
Certeza de la evidencia ¿Cuál es la certeza general de la evidencia sobre la exactitud de la prueba?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ● Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ Ningún estudio incluido 	<p>La guía NICE CG128 incluyó 9 estudios para elaborar las tablas de evidencia que apoyaron esta recomendación. Estos estudios fueron llevados a cabo en Australia (46,47), Canadá (48,49), Suecia (50,51), Reino Unido (52), EE.UU. (53,54). 5 de los estudios incluyeron niños y niñas menores de edad preescolar (48,50,54,55) y uno de escuela primaria (53). Ningún estudio incluyó niños y niñas de escuela secundaria exclusivamente. 3 estudios incluyeron población de edad preescolar y escuela primaria (46,50,54) y 2 incluyeron grupos de todas las edades (52,53)</p> <p>La evidencia consideró un número limitado de instrumentos actualmente en uso en el SNS del Reino Unido. 5 estudios examinaron el cuestionario SCQ (46,48,49,53,54), 2 el cuestionario M-CHAT (50,56), 2 el cuestionario ABC (51,52) y uno el DBC-ES (<i>Developmental Behaviour Checklist - Early Screen</i>) (47)</p> <p>La evaluación de la calidad no informó limitaciones de los estudios individuales, inconsistencia o evidencia indirecta debido a que se trataba de estudios observacionales no controlados</p>	La confianza en la evidencia relacionada con la exactitud de los instrumentos de evaluación para descartar TEA fue considerada muy baja por el grupo elaborador de la guía NICE CG128

Valores		
¿Hay incertidumbre importante o variabilidad sobre cómo valoran las personas los desenlaces principales?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ Incertidumbre o variabilidad importante ○ Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importante ○ Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importante ○ No hay variabilidad o incertidumbre importante 	No evidencia de investigación	
Balance de efectos		
¿El balance entre efectos deseables y no deseables favorece la intervención o la comparación?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece la intervención ni la comparación ● Probablemente favorece la intervención ○ Favorece la intervención ○ Varía ○ No lo sé 	No evidencia de investigación	<p>Un instrumento exacto de triaje podría mejorar el reconocimiento precoz de los niños y niñas con signos y síntomas de sospecha de TEA y la confianza de los equipos profesionales en la derivación a una atención especializada. Además, podría proporcionar una mayor seguridad a las familias acerca de si una derivación es necesaria o no</p> <p>Sin embargo, el uso de instrumentos para el reconocimiento de autismo podría reducir la confianza en los y las profesionales en emitir un juicio, y si se utilizan de manera incorrecta, podría llevar, en teoría, a un número inapropiado de derivaciones y evaluaciones diagnósticas</p> <p>El punto de vista del GEG NICE fue que estos instrumentos no son esenciales, pero pueden ser útiles en la recopilación de información sobre los signos y síntomas de una manera estructurada. Una puntuación positiva podría apoyar decisiones, pero otros factores son importantes para determinar si se debe proceder a una evaluación específica del diagnóstico de autismo</p> <p>Ninguno de los instrumentos cumplió los niveles predefinidos de exactitud especificados por el GEG NICE para identificar a los niños o niñas con autismo</p>

Coste-efectividad ¿El coste-efectividad de la intervención beneficia la intervención o la comparación?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece la intervención ni la comparación ○ Probablemente favorece la intervención ○ Favorece la intervención ○ Varía ● Ningún estudio incluido 	<p>No se identificó evidencia que considerara el coste-efectividad del uso de estos instrumentos para apoyar decisiones</p>	<p>Los instrumentos de triaje de TEA pueden aumentar el tiempo requerido en la consulta para cada niño o niña (incluyendo el tiempo para interpretar y comunicar los resultados de estos instrumentos) o bien disminuir el tiempo requerido al enfocar la entrevista clínica sobre los signos/síntomas de una manera estructurada. Por otra parte, la información útil recopilada de esta manera puede reducir el número de derivaciones innecesarias para una mayor evaluación, que es la parte más costosa del manejo del autismo</p> <p>El uso de estos instrumentos requiere entrenamiento y experiencia. Alcanzar el nivel de competencia requiere recursos, tanto en costes iniciales de capacitación, como en tiempo para analizar los resultados</p>
Equidad ¿Cuál sería el impacto en equidad en salud?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ Reducido ○ Probablemente reducido ○ Probablemente ningún impacto ○ Probablemente aumentado ○ Aumentado ○ Varía ● No lo sé 	<p>No evidencia procedente de la investigación identificada</p>	

Aceptabilidad ¿La intervención es aceptable para las partes interesadas?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input checked="" type="radio"/> No lo sé 	No evidencia procedente de la investigación identificada	
Viabilidad ¿Es factible implementar la intervención?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input checked="" type="radio"/> No lo sé 	No evidencia de investigación	

Conclusiones

Recomendación

Los instrumentos para identificar a los niños, niñas y jóvenes con una mayor probabilidad de autismo podrían ser útiles para una recopilación estructurada de los signos y síntomas de autismo, pero no son esenciales y no deben ser utilizados para el diagnóstico de autismo

También se debe tener en cuenta que:

- Un resultado positivo en las escalas de evaluación utilizadas para identificar señales de alerta de TEA podría ser motivo de derivación del niño o niña a un nivel más especializado para descartar autismo, aunque se debe tener en cuenta otras posibles causas del resultado anómalo de la prueba
- Un resultado negativo no descarta el autismo

Justificación

Justificación general

Se ha adoptado una recomendación de la guía NICE *Autism: Recognition, Referral and Diagnosis of Children and Young People on the Autism Spectrum CG128*, basada en evidencia de muy baja calidad

El punto de vista del GEG NICE fue que estos instrumentos no son esenciales, pero podrían ser útiles para recuperar información sobre los signos y síntomas de una manera estructurada. Una puntuación positiva en un instrumento de triaje podría apoyar una decisión de derivar a una atención especializada, pero se requerirían además otros factores complementarios para realizar una evaluación específica de autismo

El GEG NICE no recomendó ningún instrumento específico para identificar a los niños, niñas y jóvenes que debían ser derivados para una evaluación de TEA

Todas las guías seleccionadas coincidieron en que las escalas de evaluación podrían ayudar a la recopilación de manera estructurada de los signos y síntomas de sospecha de TEA, aunque no se recomendó ninguna escala específica para confirmar o descartar el diagnóstico de sospecha de TEA

Justificación detallada*Prioridad del problema*

Sí

Exactitud de la prueba

El GEG NICE aceptó que los instrumentos utilizados en el triaje de TEA podrían ser útiles para identificar signos/síntomas de autismo de una manera estructurada. Sin embargo, no se debe confiar en las puntuaciones obtenidas en estas escalas. Si se emplea un instrumento de este tipo para recopilar información, no se debe confiar en los resultados de la puntuación asociada para decidir la derivación del niño o niña, ya que no son lo suficientemente exactos. Si un instrumento ha sido utilizado de alguna manera, la información, incluida la puntuación resultante de las respuestas, debe acompañar cualquier derivación como información adicional para el equipo que recibe la derivación

Certeza de los efectos

Los investigadores calcularon la exactitud de la prueba comparada con el patrón de referencia. No fue posible realizar inferencias de las consecuencias de recibir un resultado positivo (verdadero o falso) o un resultado negativo (verdadero o falso) ya que no se mostraron los desenlaces importantes para los pacientes en aquellos que recibieron una intervención ni en los niños y niñas que dejaron de ser diagnosticados aun teniendo la enfermedad. Por ello, no fue posible determinar los beneficios netos de la intervención (beneficios de la planificación frente a los daños de un diagnóstico precoz). Es necesario que el GEG juzgue si la evidencia proporciona beneficios netos derivados probablemente de los valores y preferencias de los pacientes/familiares. Para hacer juicios sobre si los datos de exactitud de una prueba diagnóstica mejoran los desenlaces importantes para los pacientes, habitualmente es necesario el acceso a un tratamiento o intervención efectiva y a los valores que se relacionan con los desenlaces esperados. En el enfoque GRADE, los estudios sobre exactitud diagnóstica correctamente diseñados tienen una consideración de alta certeza en la evidencia. Sin embargo, en el contexto de proporcionar evidencia para una recomendación basada únicamente en estos estudios, se considera que la certeza es baja o muy baja, debido a evidencia indirecta, ya que la exactitud de la prueba es un desenlace subrogado, es decir, un sustituto para el impacto de la prueba en los desenlaces importantes para los pacientes. Solo se ha considerado la certeza sobre los estudios de exactitud diagnóstica, al no haberse identificado evidencia relacionada

Consideraciones del subgrupo

Se realizó un análisis de subgrupos y ninguno de los instrumentos fue suficientemente exacto en ninguno de los grupos de edad predefinidos

Consideraciones de implementación

No información proporcionada

Supervisión y evaluación

No información proporcionada

Prioridades de investigación

No información proporcionada

Pregunta clínica n.º 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?*
 - *Pregunta complementaria: ¿A qué edad debe incluirse el TEA en el diagnóstico diferencial del trastorno del neurodesarrollo?*

Formato PICO

Componentes	Alcance
Población	Niños y niñas menores de 6 años con sospecha de TEA
Intervención	Detección de signos y síntomas de alerta
Comparación	Cualquier comparador
Resultados / Outcomes	Estabilidad en el diagnóstico (número de niños que mantienen el diagnóstico en sucesivas visitas) Edad de diagnóstico (meses, años, media, mediana)

Evidencia

Se han mantenido vigentes las recomendaciones sobre la vigilancia de señales de alarma desde al menos los 6 meses y la consideración de derivar a cualquier edad en la que se sospeche un TEA.

En la revisión sistemática realizada para la actualización de esta pregunta no se localizó evidencia de calidad para apoyar una recomendación sobre la edad mínima en la que es posible la detección de signos o síntomas compatibles con un posible TEA. Tampoco se localizó evidencia que pudiera actualizar la base de evidencia de la guía 2009 para la elaboración de la recomendación sobre la edad de vigilancia apropiada de posibles señales de alarma de TEA.

Evidencia indirecta de muy baja calidad mostró resultados concordantes con la recomendación y BPC desarrollada en la guía 2009, por lo que se acordó mantenerla vigente y elaborar una nueva BPC para incluir el diagnóstico diferencial de TEA a cualquier edad como refuerzo para la práctica clínica. Los estudios localizados fueron muy heterogéneos y de escasa consistencia y calidad por lo que no cumplieron los criterios para ser incluidos en un perfil de evidencia elaborado con la metodología GRADE y que aportara como desenlace principal la edad más temprana de detección de signos/síntomas de TEA.

Se realizó un marco EtD para incluir la base de la evidencia indirecta y los juicios sobre los criterios incluidos en el marco, emitidos por los miembros del GAG, así como una declaración de BPC que fue aprobada por unanimidad por el GAG.

Marco EtD pregunta n.º 8

<p>¿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? Pregunta complementaria. ¿A qué edad debe incluirse el TEA en el diagnóstico diferencial de los trastornos del neurodesarrollo?</p>	
POBLACIÓN	Niños y niñas menores de 6 años
INTERVENCIÓN	Detección de signos o síntomas de alerta
COMPARACIÓN	Cualquier comparador
DESENLACES PRINCIPALES	Estabilidad en el diagnóstico (número de niños y niñas que mantienen el diagnóstico en sucesivas visitas) Edad de diagnóstico (meses, años, media, mediana)
ESCENARIO	Atención Primaria
PERSPECTIVA	Sistema Nacional de Salud
CONTEXTO	<p>El autismo se manifiesta en las diferentes etapas de la infancia de forma variable, dependiendo de la gravedad de la afectación, la presencia de condiciones coexistentes y el nivel de capacidad cognitiva o factores socio-ambientales e intervenciones, entre otros factores</p> <p>Datos aportados por el CDC correspondientes al periodo entre 2016 y 2019, revelaron que algunos síntomas de TEA comienzan a aparecer en el primer año de vida y podrían ser detectados entre los 6 y 18 meses; sin embargo, el promedio de edad de diagnóstico de TEA en EEUU es de 4 o más años (55). Estudios localizados en la guía australiana afirmaron que parecía haber una estabilidad en el diagnóstico de TEA realizado antes de los 3 años. Un estudio observó que la edad más común de diagnóstico de TEA en Australia se encontraba entre los 3 y los 5 años (56)</p>

Evaluación

Problema ¿El problema es una prioridad?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ● Sí ○ Varía ○ No lo sé 	<p>El cuadro clínico de TEA presenta signos y síntomas variables a lo largo de las diferentes etapas de desarrollo, así como particularidades de comportamiento de cada niño y niña. En algunos casos los criterios diagnósticos podrían no ser claros y el diagnóstico diferencial con otros trastornos del desarrollo presenta grandes dificultades</p> <p>El diagnóstico diferencial del TEA se plantea, en general, a partir de los 2 años de vida, sin embargo, estudios que recogen la preocupación de los padres informan que indicios de un retraso en el neurodesarrollo pueden producir preocupación en los familiares cercanos alrededor de los 18 meses o incluso antes (36)</p>	<p>Se planteó la actualización de esta pregunta como una prioridad para investigar la aparición de nueva evidencia sobre la edad más temprana en la que podrían detectarse las primeras señales de alerta que indiquen un posible TEA</p>
Efectos deseables ¿Cuán significativos son los efectos deseables estimados?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Varía ● No lo sé 	<p>No se localizó evidencia sobre el impacto en los niños y sus familias de la edad mínima de detección de signos y síntomas de alarma</p> <p>Se localizó evidencia heterogénea y de escasa calidad sobre la edad de detección de síntomas / signos de sospecha de TEA, por lo que no fue posible la elaboración de un perfil de evidencia que incluyera el impacto de la detección de signos/síntomas de alerta a edad temprana</p>	<p>El GAG consideró que incluir el autismo en el diagnóstico diferencial en niños con trastornos del neurodesarrollo a cualquier edad implicaba que los clínicos valoraran la posibilidad de autismo, con lo que sería posible obtener un beneficio neto importante con escasos costes y daños sobre los niños, las niñas y sus familias</p>

Efectos deseables

¿Cuán significativos son los efectos deseables estimados?

Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none">○ Trivial○ Pequeño○ Moderado○ Grande○ Varía● No lo sé	<p>La guía 2009 no aportó evidencia concluyente acerca de la edad mínima para poder detectar alteraciones compatibles con un TEA. Un estudio de cohortes con una muestra de 150 participantes, se presentó como el estudio de mayor calidad donde se identificaron las primeras manifestaciones de trastorno del neurodesarrollo en el primer año de vida en un grupo de participantes hermanos de niños y niñas diagnosticados de TEA y en los que se confirmó el diagnóstico con posterioridad (46). Los síntomas más relevantes en la población de alto riesgo de TEA se han analizado en revisiones posteriores (57,58). 5 de los 26 estudios incluidos en la revisión de Tanner <i>et al.</i>, presentaron datos de investigación cuantitativa y cualitativa sobre la detección de síntomas entre los 6 y 12 meses en niños y niñas con alto riesgo de TEA. Los estudios incluidos en estas revisiones fueron muy heterogéneos</p> <p>Otra revisión sistemática (59) y una actualización posterior (60), analizó la edad de diagnóstico de trastornos del espectro autista en estudios publicados entre 2012 y 2019. Daniels and Mandell informaron un promedio de edad de diagnóstico entre 38 y 120 meses. Van't Hof <i>et al.</i>, incluyó un análisis de un subgrupo de niños y niñas que fueron posteriormente diagnosticados de TEA. Se halló una media de edad de diagnóstico de 43,18 meses (IC 95 % entre 39 – 79 y 46 – 57) y una mediana entre 30 y 68 meses. Aunque no se analizaron los factores que influyeron en la edad de diagnóstico, los autores destacaron el subtipo de diagnóstico de TEA, diagnósticos adicionales y género como factores con interés clínico, aunque consideraron que se requerirían más estudios para evaluar la amplia variedad de factores que podrían influir en la edad de diagnóstico y usar un diseño de estudio que permitiera ajustar las covariables</p>	

Efectos deseables ¿Cuán significativos son los efectos deseables estimados?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Varía <input checked="" type="radio"/> No lo sé 	<p>En la guía australiana se localizó evidencia indirecta basada en 2 estudios prospectivos sin grupo control realizados en 2007 y 2008 con población consecutiva, que analizaron la estabilidad en el diagnóstico de TEA, valorada con DSM-IV y utilizando varios instrumentos o escalas para confirmar el diagnóstico. Se observó que, para una pequeña proporción de niños y niñas diagnosticados de TEA, podría realizarse un diagnóstico fiable y válido a los 2 años de edad, llevado a cabo por un clínico experimentado, siendo este diagnóstico relativamente estable a lo largo del tiempo (61,62). Los resultados de uno de los estudios mostraron que en un grupo de 31 participantes con edad comprendida entre los 14 y los 25 meses, de 21 participantes diagnosticados de autismo en una primera visita con una media de edad de 21,6 meses (DE 3,2), 19 confirmaron su diagnóstico a los 15 meses de la primera visita (edad media de 34,8 meses y de 3,9) (61)</p> <p>En el otro estudio localizado participaron 77 niños y niñas; a 46 se les diagnosticó autismo en una primera visita (edad media 2 años y 3 meses, DE 5 meses y un rango entre 16 meses y 2 años). Se confirmó el diagnóstico en 32 participantes (70 %) en una segunda visita realizada alrededor de los 4 años (edad media de 4 años y 5 meses, DE 8 meses y un rango entre 3,5 años y 6 años y 10 mes) (62)</p>	
Efectos no deseables ¿Cuán significativos son los efectos no deseables estimados?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Varía <input checked="" type="radio"/> No lo sé 	<p>No se localizó evidencia relacionada con los efectos no deseables de detección de signos de alerta temprana a una determinada edad</p>	

Certeza de la evidencia ¿Cuál es la certeza general de la evidencia sobre la exactitud de los síntomas?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ● Ningún estudio incluido 	No valorable	
Valores ¿Hay incertidumbre importante o variabilidad sobre cómo valoran las personas los desenlaces principales?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ Incertidumbre o variabilidad importante ○ Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importante ○ Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importante ○ No hay variabilidad o incertidumbre importante 	No evidencia de investigación	

Balance de efectos ¿El balance entre efectos deseables y no deseables favorece la intervención o la comparación?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece la intervención ni la comparación ○ Probablemente favorece la intervención ○ Favorece la intervención ○ Varía ● No lo sé 		
Equidad ¿Cuál sería el impacto en equidad en salud?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ Reducido ○ Probablemente reducido ○ Probablemente ningún impacto ○ Probablemente aumentado ○ Aumentado ○ Varía ● No lo sé 	No evidencia procedente de la investigación identificada	

Aceptabilidad ¿La intervención es aceptable para las partes interesadas?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input checked="" type="radio"/> No lo sé 	No se identificó evidencia relacionada con la aceptabilidad de la intervención	
Viabilidad ¿Es factible implementar la intervención?		
Juicio	Evidencia de investigación	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input checked="" type="radio"/> No lo sé 	No se identificó evidencia relacionada con la viabilidad de la intervención	

Conclusiones

Recomendación
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
Justificación
Justificación general No se localizaron estudios que cumpliera los criterios para ser incluidos en un perfil de evidencia Evidencia indirecta de muy baja calidad mostró resultados concordantes con la recomendación y BPC desarrollada en la guía 2009, por lo que se propone mantenerla vigente y elaborar una nueva declaración de BPC para incluir el diagnóstico diferencial de TEA a cualquier edad. como refuerzo para la práctica clínica
Justificación detallada El problema se considera una prioridad Efectos deseables: no evidencia de investigación Efectos no deseables: no evidencia de investigación Magnitud: no evidencia de investigación Certeza en la evidencia: no evidencia de investigación Balance de efectos: no evidencia de investigación Equidad, aceptabilidad, viabilidad: no evidencia de investigación
Consideraciones del subgrupo
No se realizaron análisis de subgrupos
Consideraciones de implementación
No información disponible
Supervisión y evaluación
No información disponible
Prioridades de investigación
No información disponible

3.5. Estrategias de manejo de sospecha de TEA en Atención Primaria

Pregunta clínica descriptiva n.º 9

- *¿Cuáles son los pasos a seguir ante la sospecha de TEA? ¿Cuáles son los criterios de derivación de los TEA? – Actualización de algoritmo*

Evidencia

Para la actualización del Algoritmo de manejo de sospecha de TEA en Atención Primaria incluido en la guía para el Manejo de Pacientes con TEA en Atención Primaria 2009, se tuvo en cuenta la evidencia seleccionada en todas las búsquedas, así como las recomendaciones actualizadas y las que permanecieron vigentes, junto con la experiencia del GAG.

3.6. Estrategias para el seguimiento del TEA en la infancia en Atención Primaria

Pregunta clínica n.º 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?*

Formato PICO

Componentes	Alcance
Población	Niños y niñas menores de 6 años con diagnóstico de TEA
Intervención	Actualización de la planificación de la consulta de Atención Primaria descrita en la guía 2009
Comparación	Cualquiera
Resultados/ Outcomes	CVRS, prevención de complicaciones, promoción de la salud (hábitos de sueño, higiene y alimentación), estrategias de coordinación con las familias, predictores de comportamiento adaptativo, intervenciones que utilizan un medio de comunicación alternativo al lenguaje, plan de cuidados

Evidencia

No se localizaron revisiones sistemáticas ni estudios primarios que cumplieran los criterios de inclusión para responder a la pregunta 10. El GAG consideró vigente 10 recomendaciones y 4 BPC.

Una recomendación fue modificada y se eliminó la referencia a musicoterapia, debido a que se localizó una revisión sistemática y dos guías que actualizaban la información referida a este tema y en las que se indicaba que la evidencia no era concluyente.

3.7. Perspectiva de las personas con TEA y su entorno familiar

Se llevó a cabo una búsqueda de evidencia sobre los valores y preferencias de las personas con TEA. Se siguieron los siguientes criterios para la selección de los documentos:

Población	Niños y niñas menores de 6 años con sospecha o diagnóstico de TEA o sus familiares
Intervención	Perspectiva de las personas con TEA y su entorno familiar
Comparación	No procede
Resultados / Outcomes	Cualquier resultado
Diseño	GPC, Informes de ETS, RS

Evidencia

La búsqueda específica sobre valores y preferencias de los pacientes permitió localizar 2 documentos que cumplieron los criterios de selección (23,24). Además, se exploraron las guías que habían sido seleccionadas para la revisión de recomendaciones, con el objeto de localizar evidencia relacionada con la perspectiva de los pacientes con TEA y su entorno familiar.

El grupo de trabajo elaboró un resumen de la evidencia localizada, al que contribuyó de manera específica la representante de los pacientes.

4. Referencias bibliográficas

1. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2007/5-3.
2. Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico [Online]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 [citado junio 2021]. URL: http://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/manual_gpc_completo.pdf
3. Schünemann HJ, Wiercioch W, Brozek J, Etzendorf-Ikobaltzeta I, Mustafa RA, Manja V, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLPMENT. *J Clin Epidemiol*. 2017 Jan;81:101-110. doi: 10.1016/j.jclinepi.2016.09.009.
4. Reviriego Rodrigo E, Bayón Yusta JC, Gutiérrez Iglesias A, Galnares-Cordero L. Trastornos del Espectro Autista: evidencia científica sobre la detección, el diagnóstico y el tratamiento. Ministerio de Sanidad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2022. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis Clinical guideline. London: NICE; 2011 (NICE publication n° 128; Last updated December 2017. URL: www.nice.org.uk/guidance/cg128
6. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K; AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ*. 2016 Mar 8;352:i1152. doi: 10.1136/bmj.i1152. Erratum in: *BMJ*. 2016 Sep 06;354:i4852. doi: 10.1136/bmj.i4852.
7. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, Moher D, Tugwell P, Welch V, Kristjansson E, Henry DA. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017 Sep 21;358:j4008. doi: 10.1136/bmj.j4008.
8. Sterne JA, Higgins J, Reeves B. A Cochrane risk of bias assessment tool: for non-randomized studies of interventions (ACROBAT-NRSI). Version. 2014 Sep;1(0):24. URL: <https://sites.google.com/site/riskofbiastool/>.
9. Ciapponi A. QUADAS-2: instrumento para la evaluación de la calidad de estudios de precisión diagnóstica. Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria. 2015 Apr 1;18(1). <https://doi.org/10.51987/evidencia.v18i1.6341>
10. CASP U. Critical Appraisal Skills Programme. 2013 [Internet]. 2021. CASP qualitative studies checklist. Available from: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>

11. GRADEpro GDT: GRADEpro Guideline Development Tool [Software]. McMaster University and Evidence Prime, 2025. Available from grade.pro.org.
12. Dewidar O, Lotfi T, Langendam MW, Parmelli E, Saz Parkinson Z, Solo K, et al; eCOVID-19 recommendations map collaborators. Good or best practice statements: proposal for the operationalisation and implementation of GRADE guidance. *BMJ Evid Based Med*. 2023 Jun;28(3):189-196. doi: 10.1136/bmjebm-2022-111962.
13. Whitehouse AJ, Evans K, Eapen V, Wray J. A national guideline for the assessment and diagnosis of autism spectrum disorders in Australia. Brisbane, Australia: Autism Cooperative Research Centre (CRC). 2018 Oct 16.
14. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders. Edinburgh: SIGN; 2016. (SIGN publication no. 145). [June 2016]. Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>
15. Ministries of Health and Education. 2016. New Zealand Autism Spectrum Disorder Guideline (2nd edn). Wellington: Ministry of Health.
16. Haute Autorité de Santé. Trouble du spectre de l'autisme Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent Méthode Recommandations pour la pratique clinique. 2018; Available from: www.has-sante.fr
17. Geretsegger M, Fusar-Poli L, Elefant C, Mössler KA, Vitale G, Gold C. Music therapy for autistic people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 May 9;5(5):CD004381. doi: 10.1002/14651858.CD004381.pub4.
18. DuBay M, Lee H, Palomo R. Evidence map of Spanish language parent- and self-report screening and diagnostic tools for autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2023;102. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2023.102117>
19. Goodall, E., Dargue, N., Hinze, E., Sulek, R., Varcin, K., Waddington, H., et al. A National Guideline for the assessment and diagnosis of autism in Australia: 2023 Update. Brisbane: Autism CRC. 2023.
20. Whaikaha – Ministry of Disabled People and Ministry of Education. 2022. Aotearoa New Zealand Autism Guideline: He Waka Huia Takiwātanga Rau: Third edition. Wellington: Whaikaha – Ministry of Disabled People.
21. Exeter Test Group. UK NSC external review. A review of screening for autism spectrum disorders in pre-school children under the age of 5 years. 2022 April.
22. Brignell A, Harwood RC, May T, Woolfenden S, Montgomery A, Iorio A, et al. Overall prognosis of preschool autism spectrum disorder diagnoses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Sep 28;9(9):CD012749. doi: 10.1002/14651858.CD012749.pub2.
23. Legg H, Tickle A. UK parents' experiences of their child receiving a diagnosis of autism spectrum disorder: A systematic review of the qualitative evidence. *Autism*. 2019 Nov;23(8):1897-1910. doi: 10.1177/1362361319841488.
24. Center for Drug Evaluation and Research. The voice of the patient: autism. Silver Spring (MD): U.S. Food and Drug Administration; 2018.

25. Alonso-Esteban Y, Marco R, Hedley D, Uljarević M, Barbaro J, Canal-Bedia R, et al. Screening instruments for early detection of autism spectrum disorder in Spanish speaking communities. *Psicothema*. 2020 May;32(2):245-252. doi: 10.7334/psicothema2019.340.
26. Canal-Bedia R, García-Primo P, Martín-Cilleros MV, Santos-Borbujo J, Guisuraga-Fernández Z, Herráez-García L, et al. Modified checklist for autism in toddlers: cross-cultural adaptation and validation in Spain. *J Autism Dev Disord*. 2011 Oct;41(10):1342-51. doi: 10.1007/s10803-010-1163-z.
27. García Primo P, Santos Borbujo J, Martín Cilleros M V., Martínez Velarte M, Lleras Muñoz S, Posada De La Paz M, et al. Programa de detección precoz de trastornos generalizados del desarrollo en las áreas de salud de Salamanca y Zamora. *An Pediatría*. 2014 May 1;80(5):285-92.
28. Magán-Maganto M, Canal-Bedia R, Hernández-Fabián A, Bejarano-Martín Á, Fernández-Álvarez CJ, Martínez-Velarte M, et al. Spanish Cultural Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised. *J Autism Dev Disord*. 2020 Jul;50(7):2412-2423. doi: 10.1007/s10803-018-3777-5.
29. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Autism spectrum disorder in under 19s: support and management Clinical guideline. London: NICE; 2013 (NICE publication n° 170; last updated June 2021).
30. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. Fifth edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
31. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5-TR. Fifth edition. Text Revision. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2022.
32. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11), World Health Organization (WHO) 2019/2021 <https://icd.who.int/browse11>
33. Farmer J, Kanne S, Kilo M, Mantovani J, Amleshi J, Baumgartner A, Beversdorf D, Blackwell R, Burriss G, Cox M, Donnelly J. Autism spectrum disorders: Missouri best practice guidelines for screening, diagnosis, and assessment. 2010.
34. Volkmar F, Siegel M, Woodbury-Smith M, King B, McCracken J, State M; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Feb;53(2):237-57. doi: 10.1016/j.jaac.2013.10.013.
35. Fuentes J, Hervás A, Howlin P. Guía práctica para el autismo de ESCAP: resumen de las recomendaciones basadas en la evidencia para su diagnóstico y tratamiento. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2021;30(6):961-84.
36. Stone WL, Lee EB, Ashford L, Brissie J, Hepburn SL, Coonrod EE, et al. Can autism be diagnosed accurately in children under 3 years? *J Child Psychol Psychiatry*. 1999 Feb;40(2):219-26. PMID: 10188704.
37. South M, Ozonoff S, McMahon WM. Repetitive behavior profiles in Asperger syndrome and high-functioning autism. *J Autism Dev Disord*. 2005 Apr;35(2):145-58. doi: 10.1007/s10803-004-1992-8.

38. Ozonoff S, Macari S, Young GS, Goldring S, Thompson M, Rogers SJ. Atypical object exploration at 12 months of age is associated with autism in a prospective sample. *Autism*. 2008 Sep;12(5):457-72. doi: 10.1177/1362361308096402.
39. Dawson G, Toth K, Abbott R, Osterling J, Munson J, Estes A, et al. Early social attention impairments in autism: social orienting, joint attention, and attention to distress. *Dev Psychol*. 2004 Mar;40(2):271-83. doi: 10.1037/0012-1649.40.2.271.
40. Ingram DH, Mayes SD, Troxell LB, Calhoun SL. Assessing children with autism, mental retardation, and typical development using the Playground Observation Checklist. *Autism*. 2007 Jul;11(4):311-9. doi: 10.1177/1362361307078129.
41. Werner E, Dawson G, Osterling J, Dinno N. Brief report: Recognition of autism spectrum disorder before one year of age: a retrospective study based on home videotapes. *J Autism Dev Disord*. 2000 Apr;30(2):157-62. doi: 10.1023/a:1005463707029.
42. Nadig AS, Ozonoff S, Young GS, Rozga A, Sigman M, Rogers SJ. A prospective study of response to name in infants at risk for autism. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007 Apr;161(4):378-83. doi: 10.1001/archpedi.161.4.378.
43. Baron-Cohen S, Cox A, Baird G, Swettenham J, Nightingale N, Morgan K, et al. Psychological markers in the detection of autism in infancy in a large population. *Br J Psychiatry*. 1996 Feb;168(2):158-63. doi: 10.1192/bjp.168.2.158.
44. Charman T, Swettenham J, Baron-Cohen S, Cox A, Baird G, Drew A. Infants with autism: an investigation of empathy, pretend play, joint attention, and imitation. *Dev Psychol*. 1997 Sep;33(5):781-9. doi: 10.1037//0012-1649.33.5.781.
45. Belinchón M, Hernández JM, Martos J, Sotillo M, Márquez MO, Olea J. Escala Autónoma para la detección del síndrome de asperger y el autismo de alto nivel de funcionamiento. Belinchón M, Herández JM and Sotillo M (2008) *Personas con Síndrome de Asperger. Funcionamiento, detección y necesidades*. Madrid: Centro de Psicología Aplicada de la UAM, Confederación Autismo España, FESPAU y Fundación ONCE. 2005:105-20.
46. Allen CW, Silove N, Williams K, Hutchins P. Validity of the social communication questionnaire in assessing risk of autism in preschool children with developmental problems. *J Autism Dev Disord*. 2007 Aug;37(7):1272-8. doi: 10.1007/s10803-006-0279-7.
47. Gray KM, Tonge BJ, Sweeney DJ, Einfeld SL. Screening for autism in young children with developmental delay: an evaluation of the developmental behaviour checklist: early screen. *J Autism Dev Disord*. 2008 Jul;38(6):1003-10. doi: 10.1007/s10803-007-0473-2.
48. Eaves LC, Wingert HD, Ho HH, Mickelson EC. Screening for autism spectrum disorders with the social communication questionnaire. *J Dev Behav Pediatr*. 2006 Apr;27(2 Suppl):S95-S103. doi: 10.1097/00004703-200604002-00007.
49. Eaves LC, Wingert H, Ho HH. Screening for autism: agreement with diagnosis. *Autism*. 2006 May;10(3):229-42. doi: 10.1177/1362361306063288.
50. Ehlers S, Gillberg C, Wing L. A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children. *J Autism Dev Disord*. 1999 Apr;29(2):129-41. doi: 10.1023/a:1023040610384.

51. Nordin V, Gillberg C. Autism spectrum disorders in children with physical or mental disability or both. II: Screening aspects. *Dev Med Child Neurol*. 1996 Apr;38(4):314-24. doi: 10.1111/j.1469-8749.1996.tb12097.x.
52. Goodman R, Minne C. Questionnaire screening for comorbid pervasive developmental disorders in congenitally blind children: a pilot study. *J Autism Dev Disord*. 1995 Apr;25(2):195-203. doi: 10.1007/BF02178504.
53. Corsello C, Hus V, Pickles A, Risi S, Cook EH Jr, Leventhal BL, et al. Between a ROC and a hard place: decision making and making decisions about using the SCQ. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007 Sep;48(9):932-40. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01762.x.
54. Snow AV, Lecavalier L. Sensitivity and specificity of the Modified Checklist for Autism in Toddlers and the Social Communication Questionnaire in preschoolers suspected of having pervasive developmental disorders. *Autism*. 2008 Nov;12(6):627-44. doi: 10.1177/1362361308097116.
55. Centers for Disease Control and Prevention. Autism spectrum disorder (ASD) [Internet]. Atlanta (GA): CDC; Available from: <https://www.cdc.gov/autism/index.html>
56. Bent CA, Dissanayake C, Barbaro J. Mapping the diagnosis of autism spectrum disorders in children aged under 7 years in Australia, 2010-2012. *Med J Aust*. 2015 Apr 6;202(6):317-20. doi: 10.5694/mja14.00328.
57. Zwaigenbaum L, Bauman ML, Stone WL, Yirmiya N, Estes A, Hansen RL, et al. Early Identification of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics*. 2015 Oct;136 Suppl 1(Suppl 1):S10-40. doi: 10.1542/peds.2014-3667C.
58. Tanner A, Dounavi K. The Emergence of Autism Symptoms Prior to 18 Months of Age: A Systematic Literature Review. *J Autism Dev Disord*. 2021 Mar;51(3):973-993. doi: 10.1007/s10803-020-04618-w.
59. Daniels AM, Mandell DS. Explaining differences in age at autism spectrum disorder diagnosis: a critical review. *Autism*. 2014 Jul;18(5):583-97. doi: 10.1177/1362361313480277.
60. van 't Hof M, Tisseur C, van Berckeleer-Onnes I, van Nieuwenhuyzen A, Daniels AM, Deen M, et al. Age at autism spectrum disorder diagnosis: A systematic review and meta-analysis from 2012 to 2019. *Autism*. 2021 May;25(4):862-873. doi: 10.1177/1362361320971107.
61. Chawarska K, Klin A, Paul R, Volkmar F. Autism spectrum disorder in the second year: stability and change in syndrome expression. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007 Feb;48(2):128-38. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01685.x.
62. Kleinman JM, Ventola PE, Pandey J, Verbalis AD, Barton M, Hodgson S, et al. Diagnostic stability in very young children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2008 Apr;38(4):606-15. doi: 10.1007/s10803-007-0427-8.

5. Anexos

Anexo 1. Evaluación de la calidad

Evaluación de la calidad de las GPC con el instrumento AGREEII

AGREE II: Calculadora de puntuación de 7 puntos		
Whitehouse AJO, Evans K, Eapen V, Wray J. A National Guideline for the Assessment and Diagnosis of Autism Spectrum Disorders in Australia. Cooperative Research Centre for Living with Autism, Brisbane, 2018		
Número total de evaluadores	Evaluador	
	1	
Dominio 1 - Alcance y objetivo		
Q1 - El objetivo general(es) de la guía está(están) específicamente descrito	7	7
Q2 - El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(están) específicamente descritos	7	7
Q3 - La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita	7	7
	21	
CRC AUSTRALIA		21
Dominio 2 - Participación de los implicados		
Q4 - El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes	7	7
Q5 - Se ha tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana	7	7
Q6 - Los usuarios diana de la guía están claramente definidos	6	6
	20	
CRC AUSTRALIA		20

AGREE II: Calculadora de puntuación de 7 puntos

Whitehouse AJO, Evans K, Eapen V, Wray J. A National Guideline for the Assessment and Diagnosis of Autism Spectrum Disorders in Australia. Cooperative Research Centre for Living with Autism, Brisbane, 2018

Dominio 3 - Rigor en la elaboración

Q7 - Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	6	6
Q8 - Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	6	6
Q9 - Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	7	7
Q10 - Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	7	7
Q11 - Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos	6	6
Q12 - Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y la evidencia en las que se basan	7	7
Q13 - La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	7	7
Q14 - Se incluye un procedimiento para actualizar la guía	7	7
	53	53
CRC AUSTRALIA		53

Dominio 4 - Claridad de presentación

Q15 - Las recomendaciones son específicas, no son ambiguas	6	6
Q16 - Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente	6	6
Q17 - Las recomendaciones clave son fácilmente identificables	7	7
	19	19
CRC AUSTRALIA		19

AGREE II: Calculadora de puntuación de 7 puntos

Whitehouse AJO, Evans K, Eapen V, Wray J. A National Guideline for the Assessment and Diagnosis of Autism Spectrum Disorders in Australia. Cooperative Research Centre for Living with Autism, Brisbane, 2018

Dominio 5 - Aplicabilidad

Q18 – La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	6	6
Q19 – La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre como pueden ser llevadas a la práctica las recomendaciones	6	6
Q20 – Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos	1	1
Q21 – La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría	3	3
	16	
CRC AUSTRALIA		16

Dominio 6 – Independencia editorial

Q22 – Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía	7	7
Q23 – Se han registrados y acordados los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía	7	7
	14	
CRC AUSTRALIA		14

Evaluación general de la guía

1. Tasa de calidad general de esta guía. Puntuación: 1 (menor calidad) - 7 (mayor calidad)	7	
2. Recomendaría esta guía para su uso. Puntuación: Sí; Sí, con condiciones; No	Sí	
CRC AUSTRALIA		

AGREE II: Calculadora de puntuación de 7 puntos		
Autism spectrum disorder: Warning signs, detection, diagnosis and assessment in children and adolescents. HAS, 2018		
Número total de evaluadores	Evaluador	
	1	
Dominio 1 - Alcance y objetivo		
Q1 - El objetivo general(es) de la guía está(están) específicamente descrito	7	7
Q2 - El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(están) específicamente descritos	7	7
Q3 - La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita	7	7
	21	
HAS		21
Dominio 2 - Participación de los implicados		
Q4 - El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes	7	7
Q5 - Se ha tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana	7	7
Q6 - Los usuarios diana de la guía están claramente definidos	7	7
	21	
HAS		21

AGREE II: Calculadora de puntuación de 7 puntos

Autism spectrum disorder: Warning signs, detection, diagnosis and assessment in children and adolescents. HAS, 2018

Dominio 3 - Rigor en la elaboración

Q7 - Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	7	7
Q8 - Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	5	5
Q9 - Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	6	6
Q10 - Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	7	7
Q11 - Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos	7	7
Q12 - Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y la evidencia en las que se basan	6	6
Q13 - La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	3	3
Q14 - Se incluye un procedimiento para actualizar la guía	4	4
HAS	45	45

Dominio 4 - Claridad de presentación

Q15 - Las recomendaciones son específicas, no son ambiguas	6	6
Q16 - Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente	6	6
Q17 - Las recomendaciones clave son fácilmente identificables	7	7
HAS	19	19

AGREE II: Calculadora de puntuación de 7 puntos

Autism spectrum disorder: Warning signs, detection, diagnosis and assessment in children and adolescents. HAS, 2018

Dominio 5 - Aplicabilidad

Q18 – La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	6	6
Q19 – La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre como pueden ser llevadas a la práctica las recomendaciones	6	6
Q20 – Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos	1	1
Q21 – La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría	3	3
HAS	16	16

Dominio 6 – Independencia editorial

Q22 – Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía	7	7
Q23 – Se han registrados y acordados los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía	7	7
HAS	14	14

Evaluación general de la guía

1. Tasa de calidad general de esta guía. Puntuación: 1 (menor calidad) - 7 (mayor calidad)	6	
2. Recomendaría esta guía para su uso. Puntuación: Sí; Sí, con condiciones; No	Sí	
HAS		

AGREE II: Calculadora de puntuación de 7 puntos		
Autism: Recognition, Referral and Diagnosis of Children and Young People on the Autism Spectrum. Clinical guideline, 2011. Update, 2017		
Número total de evaluadores	Evaluador	
	1	
Dominio 1 - Alcance y objetivo		
Q1 - El objetivo general(es) de la guía está(están) específicamente descrito	7	7
Q2 - El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(están) específicamente descritos	7	7
Q3 - La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita	7	7
	21	
NICE 128		21
Dominio 2 - Participación de los implicados		
Q4 - El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes	7	7
Q5 - Se ha tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana	7	7
Q6 - Los usuarios diana de la guía están claramente definidos	7	7
	21	
NICE 128		21

AGREE II: Calculadora de puntuación de 7 puntos

Autism: Recognition, Referral and Diagnosis of Children and Young People on the Autism Spectrum, 2011. Update, 2017

Dominio 3 - Rigor en la elaboración

Q7 - Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	7	7
Q8 - Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	7	7
Q9 - Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	7	7
Q10 - Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	7	7
Q11 - Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos	7	7
Q12 - Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y la evidencia en las que se basan	6	6
Q13 - La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	6	6
Q14 - Se incluye un procedimiento para actualizar la guía	7	7
	54	54
NICE 128		

Dominio 4 - Claridad de presentación

Q15 - Las recomendaciones son específicas, no son ambiguas	6	6
Q16 - Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente	6	6
Q17 - Las recomendaciones clave son fácilmente identificables	7	7
	19	19
NICE 128		

AGREE II: Calculadora de puntuación de 7 puntos

Autism: Recognition, Referral and Diagnosis of Children and Young People on the Autism Spectrum. Clinical guideline, 2011. Update, 2017

Dominio 5 - Aplicabilidad

Q18 – La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	6	6
Q19 – La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre como pueden ser llevadas a la práctica las recomendaciones	6	6
Q20 – Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos	6	6
Q21 – La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría	6	6
	24	
NICE 128		24

Dominio 6 – Independencia editorial

Q22 – Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía	7	7
Q23 – Se han registrados y acordados los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía	7	7
	14	
NICE 128		14

Evaluación general de la guía

1. Tasa de calidad general de esta guía. Puntuación: 1 (menor calidad) - 7 (mayor calidad)	7	
2. Recomendaría esta guía para su uso. Puntuación: Sí; Sí, con condiciones; No	Sí	
NICE 128		

AGREE II: Calculadora de puntuación de 7 puntos		
SIGN 145 Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders. A National Clinical Guideline, 2016		
Número total de evaluadores	Evaluador	
	1	
Dominio 1 - Alcance y objetivo		
Q1 - El objetivo general(es) de la guía está(están) específicamente descrito	7	7
Q2 - El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(están) específicamente descritos	7	7
Q3 - La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita	7	7
	21	
SIGN 145		21
Dominio 2 - Participación de los implicados		
Q4 - El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes	7	7
Q5 - Se ha tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana	7	7
Q6 - Los usuarios diana de la guía están claramente definidos	7	7
	21	
SIGN 145		21

AGREE II: Calculadora de puntuación de 7 puntos

SIGN 145 Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders. A National Clinical Guideline, 2016

Dominio 3 - Rigor en la elaboración

Q7 - Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	7	7
Q8 - Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	3	3
Q9 - Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	6	6
Q10 - Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	6	6
Q11 - Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos	7	7
Q12 - Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y la evidencia en las que se basan	7	7
Q13 - La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	7	7
Q14 - Se incluye un procedimiento para actualizar la guía	7	7
SIGN 145	50	50

Dominio 4 - Claridad de presentación

Q15 - Las recomendaciones son específicas, no son ambiguas	6	6
Q16 - Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente	6	6
Q17 - Las recomendaciones clave son fácilmente identificables	7	7
SIGN 145	19	19

AGREE II: Calculadora de puntuación de 7 puntos

SIGN 145 Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders. A National Clinical Guideline, 2016

Dominio 5 - Aplicabilidad

Q18 – La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	6	6
Q19 – La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre como pueden ser llevadas a la práctica las recomendaciones	6	6
Q20 – Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos	5	5
Q21 – La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría	6	6
	23	
SIGN 145		23

Dominio 6 – Independencia editorial

Q22 – Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía	7	7
Q23 – Se han registrados y acordados los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía	7	7
	14	
SIGN		14

Evaluación general de la guía

1. Tasa de calidad general de esta guía. Puntuación: 1 (menor calidad) - 7 (mayor calidad)	6	
2. Recomendaría esta guía para su uso. Puntuación: Sí; Sí, con condiciones; No	Sí	
SIGN 145		

AGREE II: Calculadora de puntuación de 7 puntos		
New Zealand Autism Spectrum Disorder Guideline (2nd edn). Wellington: Ministry of Health, 2016.		
Número total de evaluadores	Evaluador	
	1	
Dominio 1 - Alcance y objetivo		
Q1 - El objetivo general(es) de la guía está(están) específicamente descrito	7	7
Q2 - El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(están) específicamente descritos	7	7
Q3 - La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita	7	7
	21	
	NEW ZEALAND	21
Dominio 2 - Participación de los implicados		
Q4 - El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes	7	7
Q5 - Se ha tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana	7	7
Q6 - Los usuarios diana de la guía están claramente definidos	7	7
	21	
	NEW ZEALAND	21

AGREE II: Calculadora de puntuación de 7 puntos

New Zealand Autism Spectrum Disorder Guideline (2nd edn). Wellington: Ministry of Health, 2016.

Dominio 3 - Rigor en la elaboración

Q7 - Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	6	6
Q8 - Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	6	6
Q9 - Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	6	6
Q10 - Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	4	4
Q11 - Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos	6	6
Q12 - Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y la evidencia en las que se basan	7	7
Q13 - La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	7	7
Q14 - Se incluye un procedimiento para actualizar la guía	7	7
	49	49
NEW ZEALAND		49

Dominio 4 - Claridad de presentación

Q15 - Las recomendaciones son específicas, no son ambiguas	6	6
Q16 - Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente	6	6
Q17 - Las recomendaciones clave son fácilmente identificables	7	7
	19	19
NEW ZEALAND		19

AGREE II: Calculadora de puntuación de 7 puntos

New Zealand Autism Spectrum Disorder Guideline (2nd edn). Wellington: Ministry of Health, 2016.

Dominio 5 - Aplicabilidad

Q18 – La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	7	7
Q19 – La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre como pueden ser llevadas a la práctica las recomendaciones	6	6
Q20 – Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos	3	3
Q21 – La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría	6	6
	22	
NEW ZEALAND		22

Dominio 6 – Independencia editorial

Q22 – Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía	7	7
Q23 – Se han registrados y acordados los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía	6	6
	13	
NEW ZEALAND		13

Evaluación general de la guía

1. Tasa de calidad general de esta guía. Puntuación: 1 (menor calidad) - 7 (mayor calidad)	6	
2. Recomendaría esta guía para su uso. Puntuación: Sí; Sí, con condiciones; No	Sí	
NEW ZEALAND		

AGREE II: Calculadora de puntuación de 7 puntos		
Autism spectrum disorder in under 19s: support and management Clinical guideline, 2013; updated June 2021.		
Número total de evaluadores	Evaluador	
	1	
Dominio 1 - Alcance y objetivo		
Q1 - El objetivo general(es) de la guía está(están) específicamente descrito	7	7
Q2 - El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(están) específicamente descritos	7	7
Q3 - La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita	7	7
	21	
NICE 170		21
Dominio 2 - Participación de los implicados		
Q4 - El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes	7	7
Q5 - Se ha tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana	7	7
Q6 - Los usuarios diana de la guía están claramente definidos	7	7
	21	
NICE 170		21

AGREE II: Calculadora de puntuación de 7 puntos		
Autism spectrum disorder in under 19s: support and management Clinical guideline, 2013; updated June 2021.		
Dominio 3 - Rigor en la elaboración		
Q7 - Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	7	7
Q8 - Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	7	7
Q9 - Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	7	7
Q10 - Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	7	7
Q11 - Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos	7	7
Q12 - Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y la evidencia en las que se basan	6	6
Q13 - La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	6	6
Q14 - Se incluye un procedimiento para actualizar la guía	7	7
	54	54
NICE 170		
Dominio 4 - Claridad de presentación		
Q15 - Las recomendaciones son específicas, no son ambiguas	6	6
Q16 - Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente	6	6
Q17 - Las recomendaciones clave son fácilmente identificables	7	7
	19	19
NICE 170		

AGREE II: Calculadora de puntuación de 7 puntos

Autism spectrum disorder in under 19s: support and management Clinical guideline, 2013; updated June 2021.

Dominio 5 - Aplicabilidad

Q18 – La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación	3	3
Q19 – La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre como pueden ser llevadas a la práctica las recomendaciones	6	6
Q20 – Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos	6	6
Q21 – La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría	6	6
	21	
NICE 170		21

Dominio 6 – Independencia editorial

Q22 – Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía	7	7
Q23 – Se han registrados y acordados los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía	7	7
	14	
NICE 170		14

Evaluación general de la guía

1. Tasa de calidad general de esta guía. Puntuación: 1 (menor calidad) - 7 (mayor calidad)	7	
2. Recomendaría esta guía para su uso. Puntuación: Sí; Sí, con condiciones; No	Sí	
NICE 170		

Evaluación de la calidad de las RS y estudios primarios

Evaluación de la calidad de la RS con el instrumento AMSTAR 2

Alonso-Esteban Y, Marco R, Hedley D, Uljarevic M, Barbaro J, Canal-Bedia R, et al. Screening instruments for early detection of autism spectrum disorder in Spanish speaking communities. <i>Psicothema</i> . 2020;32(2):245-52.	
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes de la pregunta PICO?	NO
2. ¿El informe de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	NO
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	NO
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	SI
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	NO
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	DATO NO PROPORCIONADO
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	SI
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	NO
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	NO
10. ¿Los autores de la revisión proporcionaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	NO
11. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	NO SE REALIZÓ METAANÁLISIS
12. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del meta-análisis u otra síntesis de evidencia?	NO SE REALIZÓ METAANÁLISIS
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar / discutir los resultados de la revisión?	NO
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	NO
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	-
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	NO

Legg H, Tickle A. UK parents' experiences of their child receiving a diagnosis of autism spectrum disorder: A systematic review of the qualitative evidence. *Autism*. 2019 Nov;23(8):1897-1910. doi: 10.1177/1362361319841488. Epub 2019 Apr 17.

1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes de la pregunta PICO?	Se deduce del objetivo de la revisión
2. ¿El informe de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	NO
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	Explican la metodología seguida (metaetnografía) y el tipo de investigación requerida: estudios cualitativos
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	NO
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí
10. ¿Los autores de la revisión proporcionaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	NO
11. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	NO SE REALIZÓ METAANÁLISIS
12. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del meta-análisis u otra síntesis de evidencia?	NO SE REALIZÓ METAANÁLISIS
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar / discutir los resultados de la revisión?	Sí
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	-
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí

La confianza en la revisión sistemática podría considerarse críticamente Baja, al presentar más de una debilidad crítica: siguiendo las normas de calificación de AMSTAR 2, la RS no es confiable

Evaluación de la calidad de los estudios primarios con el instrumento QUADAS-2

QUADAS-2	Canal Bedia	García Primo	Magán Maganto
Dominio 1: Selección de pacientes			
¿Se incluyó una muestra de pacientes consecutiva o aleatoria?	INCIERTO ¹	INCIERTO ¹	INCIERTO ¹
¿Se evitó un diseño de casos y controles?	SÍ	SÍ	SÍ
¿Se evitó en el estudio exclusiones inapropiadas?	NO ESPECIFICADO	NO ESPECIFICADO	NO ESPECIFICADO
A. Riesgo de sesgo: ¿Podría haber sesgo en la selección de pacientes?	INCIERTO	INCIERTO	INCIERTO
B. Aplicabilidad: ¿Hay dudas de que los pacientes incluidos y el ámbito del estudio no se ajusten a la pregunta de la revisión?	NO	NO	NO
Dominio 2: Prueba índice			
¿Se realizó la interpretación de los resultados de la prueba índice sin conocer los resultados de la prueba de referencia?	SÍ	SÍ	SÍ
Si se utilizó un punto de corte, ¿este se especificó previamente?	SÍ	SÍ	SÍ
A. Riesgo de sesgo: ¿Se puede haber producido algún sesgo al realizar e interpretar la prueba a estudio?	BAJO	BAJO	BAJO
B. Aplicabilidad: ¿Existen dudas acerca de que la prueba índice, su realización o interpretación difieren de la pregunta de investigación?	NO	NO	NO
Dominio 3: Prueba de referencia			
¿El estándar de referencia clasifica correctamente la condición a estudio?	SÍ	SÍ	SÍ
¿Se realizó la interpretación de los resultados de la prueba de referencia sin conocer los resultados de la prueba índice?	INCIERTO	INCIERTO	INCIERTO
A. Riesgo de sesgo: ¿Se puede haber producido algún sesgo en la prueba de referencia, su realización o interpretación?	INCIERTO	INCIERTO	INCIERTO
B. Aplicabilidad: ¿Hay dudas de que la condición a estudio definida por la prueba de referencia no se ajustara a la pregunta de revisión?	NO	NO	NO

Dominio 4: Flujo y cronograma			
¿El intervalo de tiempo entre la prueba índice y la prueba de referencia fue el adecuado?	INCIERTO	INCIERTO	INCIERTO
¿Todos los pacientes recibieron la misma prueba de referencia?	SÍ	SÍ	SÍ
¿Se incluyeron todos los pacientes en el análisis?	SÍ	SÍ	SÍ
A. Riesgo de sesgo: ¿Puede que el flujo de pacientes haya introducido un sesgo?	BAJO	BAJO	BAJO

¹ No se especifica Sí la selección de pacientes fue consecutiva



MINISTERIO
DE SANIDAD