



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



GRUPOS DE EXPERTOS DEL PAPPS

Resumen infancia y adolescencia. Actualización PAPPS 2018

Ana Martínez Rubio^{a†}, Olga Cortés Rico^b, Carmen Rosa Pallás Alonso^c,
Álvaro Rando Diego^d, Francisco Javier Sánchez Ruiz-Cabello^e, Julia Colomer Revuelta^f,
María Jesús Esparza Olcina^g, Ana Gallego Iborra^h, Jaime García Aguadoⁱ,
José Galbe Sánchez-Ventura^j, Manuel Merino Moína^k y José María Mengual Gil^l

^a Especialista en Pediatría, Centro de Salud Camas, Sevilla

^b Especialista en Pediatría, Centro de Salud Canillejas, Madrid

^c Especialista en Pediatría, Hospital 12 de Octubre, Madrid

^d Especialista en Pediatría, Centro de Salud Velilla de San Antonio, Mejorada del Campo, Madrid

^e Especialista en Pediatría, Centro de Salud Zaidín Sur, Granada

^f Especialista en Pediatría, Centro de Salud Fuente de San Luis, Valencia

^g Especialista en Pediatría, Centro de Salud Barcelona, Móstoles, Madrid

^h Especialista en Pediatría, Centro de Salud Trinidad-Jesús Cautivo, Málaga

ⁱ Especialista en Pediatría, Centro de Salud Villablanca, Madrid

^j Especialista en Pediatría, Centro de Salud Torrero la Paz, Zaragoza

^k Especialista en Pediatría, Centro de Salud el Greco, Getafe, Madrid

^l Especialista en Pediatría, Centro de Salud Delicias-Sur, Zaragoza

Grupo de la Infancia y Adolescencia del PAPPS

In memoriam

Ana Martínez Rubio nos dejó el 19 de agosto de 2017. Su participación en el grupo PrevInfad ha sido trascendental. Asumió la coordinación del grupo e impulsó y desarrolló múltiples proyectos, con un dinamismo y una profesionalidad encomiables. La recordamos con nuestro reconocimiento a su trabajo y nuestro cariño.

Introducción

Entre enero de 2016 y diciembre de 2017 se han actualizado las siguientes recomendaciones para la infancia y la adolescencia:

- Protocolo de seguimiento para el recién nacido con un peso menor de 1.500 g o con menos de 32 semanas de gestación (< 1.500 < 32).
- Vacunas en la infancia y adolescencia.
- Cribado de alteraciones visuales en la infancia.

- Cribado de la hipoacusia en la infancia.
- Detección precoz de los trastornos del desarrollo.
- Manual de trabajo.

Salvo que se indique lo contrario, el grado de evidencia y la fuerza de la recomendación se expresan de acuerdo con la metodología publicada por el USPSTF en 2012 [disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm>]. Los últimos documentos actualizados se han realizado con metodología GRADE [disponible en: www.gradeworkinggroup.org]

Elaboración de recomendaciones según metodología GRADE

Fuerte a favor	Se recomienda hacer
Fuerte en contra	Se recomienda no hacer
Débil a favor	Se sugiere hacer
Débil en contra	Se sugiere no hacer

Protocolo de seguimiento para el recién nacido con menos de 1.500 g o menor de 32 semanas de gestación

A fecha 1 de diciembre de 2017, PrevInfad suscribe las recomendaciones del "Protocolo de seguimiento para el recién nacido menor de 1.500 g o menor de 32 semanas de gestación (< 1.500 < 32)", publicado por la Sociedad Española de Neonatología en 2017. Disponible en: www.se-neonatal.es

Es una herramienta de trabajo que abarca todos los aspectos que los pediatras y neonatólogos dedicados al seguimiento de los prematuros van a necesitar, con una descripción precisa de los objetivos, la población diana, los aspectos generales del seguimiento, los aspectos éticos y la transición desde el hospital al domicilio. Pero, además, se extiende más allá del entorno hospitalario e implica a los pediatras de atención primaria en una acertada decisión de coordinación. Ellos son los que durante más tiempo y con mayor intensidad van a tener contacto con los niños que han sido prematuros y sus familias, y conocerán a fondo los problemas, no solo médicos, sino también sociales. Finalmente, la guía se acompaña de recomendaciones pormenorizadas desde todos los ámbitos, con cronogramas de intervención e indicadores de calidad. En el anexo 1 del protocolo se resumen las recomendaciones de seguimiento para los < 1.500 < 32, con la fuerza de recomendación para cada una de las intervenciones. Son parte de este anexo la recomendación general sobre el programa

de seguimiento y las recomendaciones generales para atención primaria (tablas 1 y 2).

Vacunas en la infancia y adolescencia

El grupo PrevInfad y el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP) iniciaron, en el año 2011, una relación asociada por la que las tomas de postura y actualizaciones sobre vacunaciones en la infancia y adolescencia elaboradas por el CAV se consideran y se asumen por PrevInfad, con el ánimo de ofrecer coherencia, simplicidad y unidad en las recomendaciones de vacunación.

Estas recomendaciones tienen en cuenta la evidencia disponible sobre la efectividad y la eficiencia de las vacunas, así como la epidemiología de las enfermedades inmunoprevenibles en nuestro país. Los calendarios de vacunación se reflejan en la tabla 3.

Cribado de alteraciones visuales en la infancia

El cribado de las alteraciones visuales en la infancia tiene importancia para detectar precozmente los trastornos que pueden causar problemas en el desarrollo de la visión, en el rendimiento escolar o, a veces, como en el caso del retinoblastoma, que suponen un riesgo vital. En el recién nacido y el lactante, el cribado busca la detección precoz de problemas

Tabla 1 Recomendación general sobre el programa de seguimiento

Recomendación	Fuerza de la recomendación	Certeza ética	Certeza jurídica
La Sociedad Española de Neonatología recomienda que todos los niños < 1.500 g o < 32 semanas pasen a formar parte de un programa de seguimiento estandarizado hasta la edad escolar (6-7 años)	B	Alta	Alta

Tabla 2 Recomendaciones generales para atención primaria

Recomendación	Fuerza de la recomendación
Se recomienda realizar el programa de seguimiento de los < 1.500 g o < 32 semanas de gestación en los contenidos que competen a AP y que se irán detallando	B
Se recomienda diseñar estrategias desde AP para evitar los abandonos del programa de seguimiento	B
Se recomienda mantener un sistema de formación continuada que asegure la adecuada implantación del programa de seguimiento en AP	B
Se recomienda que el informe de alta y el plan de cuidados se comenten con el equipo de AP antes del alta	Posicionamiento I
Se recomienda que la primera visita a AP se organice antes del alta	Posicionamiento I
En relación con el carnet/cartilla de salud, se recomienda que, además de cumplimentar los datos correspondientes hasta el alta hospitalaria, se adjunten los resguardos de los lotes de las inmunizaciones administradas y el número de registro del test de cribado	Posicionamiento I
En relación con la historia clínica electrónica, se recomienda que los profesionales implicados en el cuidado del niño (hospital, AP y centro de atención temprana) tengan acceso a los diferentes registros informáticos	Posicionamiento I
Se recomienda que todos los datos de alta hospitalaria de los < 1.500 g o < 32 semanas de gestación sean valorados por el pediatra de AP en un tiempo nunca superior a los 5 días después del alta	B
En situación de riesgo socioambiental, se recomienda que el equipo de AP confirme la implicación de los trabajadores sociales y que trabaje de forma coordinada con ellos	Posicionamiento I

Tabla 3 Links a calendarios de vacunaciones infantiles

- Calendario de vacunaciones infantiles propuesto para España. Disponible en: <http://vacunasaep.org/profesionales/calendario-de-vacunaciones-aep-2018>
- Calendarios de rescate/vacunación acelerada. Disponibles en: <http://vacunasaep.org/profesionales/calendario-de-vacunaciones-aep-2018>
 - Número de dosis recomendado de cada vacuna según la edad
 - Vacunación acelerada entre 4 meses y 6 años de edad
 - Vacunación acelerada entre 7 y 18 años de edad
- Calendarios de vacunación de...
 - España, donde elegir la comunidad autónoma (CAV-AEP). Disponible en: <http://vacunasaep.org/profesionales/calendario-vacunas>
 - España, todas las comunidades autónomas en una única tabla (AEPap). Disponible en: <http://www.aepap.org/vacunas/calendarios-espaoles>
 - Europa (EU-VAC.NET en los ECDC). Disponible en: <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/>
 - Todo el mundo (OMS). Disponible en: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules
- Otros (*Manual de vacunas en línea* de la AEP)
 - El acto de la vacunación: antes, durante y después. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-5>
 - Transporte y conservación de las vacunas. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-6>

oculares, como la catarata congénita o el retinoblastoma. En los preescolares, tiene como objetivo la detección de la ambliopía y los trastornos que suponen un factor de riesgo para desarrollarla, como el estrabismo o los errores de refracción. En la edad escolar, el cribado se basa en la detección de la disminución de la agudeza visual por errores de refracción.

La evidencia sobre los beneficios del cribado visual en el recién nacido y el lactante es escasa, y no es posible establecer una recomendación basada en el balance entre los beneficios y los riesgos. Sin embargo, el impacto en la salud de trastornos potencialmente graves, como la catarata congénita o el retinoblastoma, y la eficacia demostrada de las intervenciones tempranas para mejorar el pronóstico de estos trastornos justifican la inclusión de la inspección ocular y el reflejo rojo como componentes esenciales de la exploración del recién nacido y el lactante.

Existe una certeza moderada de que el cribado de la ambliopía y los factores de riesgo ambliogénico en niños de 3 a 5 años produce un beneficio neto moderado. Aunque no hay evidencia directa sobre los beneficios globales del cribado, en términos de evidencia indirecta, existen pruebas que son razonablemente válidas para la identificación de niños con problemas visuales, y el tratamiento de la ambliopía o de los errores de refracción unilaterales se asocia a una mejo-

ría de la agudeza visual, lo que sugiere que con los programas de detección precoz se detectarían más casos y se obtendrían mejores resultados visuales que si no se realizara el cribado.

La evidencia sobre el cribado visual en la edad escolar es insuficiente para establecer un balance entre el beneficio y el riesgo. No se conoce su efectividad. La determinación de la agudeza visual ofrece buena sensibilidad y especificidad para la detección de la miopía, pero es poco precisa para la detección de la hipermetropía y el astigmatismo. No hay pruebas de que el tratamiento de los errores de refracción en niños asintomáticos mejore el resultado respecto al tratamiento iniciado tras la aparición de síntomas (tabla 4).

Bibliografía recomendada

- Chou R, Dana T, Bougatsos C. Screening for Visual Impairment in Children Ages 1-5 Years: Systematic Review to Update the 2004 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Evidence Synthesis No. 81. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2011.
- Schmidt P, Maguire M, Dobson V, Quinn G, Ciner E, Cyert L, et al. Comparison of preschool vision screening tests as administered by licensed eye care professionals in the Vision In Preschoolers Study. *Ophthalmology*. 2004;111:637-50.

Tabla 4 Cribado visual en la infancia. Recomendaciones de PrevInfad

Recomendación	Grado de recomendación
Incluir la inspección ocular y la prueba del reflejo rojo en las visitas de salud de los primeros 6 meses de vida; se debe considerar que, aunque la calidad de la evidencia es baja, el balance esperado de la intervención probablemente sea positivo	Dado que el reflejo rojo no reúne las condiciones necesarias para que se considere una prueba de cribado, no es posible establecer un grado de recomendación para el cribado de alteraciones visuales en neonatos y lactantes
Realizar el cribado de alteraciones visuales (ambliopía, estrabismo y errores de refracción) a la edad de 3-5 años	Grado de la recomendación B
Detección de agudeza visual en escolares: la evidencia para evaluar el balance entre los beneficios y los riesgos del cribado de la disminución de la agudeza visual por errores de refracción en niños de 6 a 14 años es insuficiente	Posicionamiento I

- Powell C, Wedner S, Richardson S. Screening for correctable visual acuity deficits in school-age children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(1):CD005023.
- Donahue SP, Ruben JB; American Academy of Ophthalmology; American Academy of Pediatrics, Ophthalmology Section; American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus; Children's Eye Foundation; American Association of Certified Orthoptists. US Preventive Services Task Force vision screening recommendations. *Pediatrics*. 2011;127:569-70.
- Cotter SA, Cyert LA, Miller JM, Quinn GE; National Expert Panel to the National Center for Children's Vision and Eye Health. Vision Screening for Children 36 to < 72 Months: Recommended Practices. *Optom Vis Sci*. 2015;92:6-16.
- UK National Screening Committee. Vision defects - The UK NSC policy on vision defects screening in children. 2013. [consultado 10-1-2016]. Disponible en: <http://legacy.screening.nhs.uk/vision-child>
- Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Bright Futures Periodicity Schedule Workgroup. 2016 Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. *Pediatrics*. 2016;137:1-3.
- Solebo AL, Rahi JS. Vision screening in children aged 4-5 years. External review against programme appraisal criteria for the UK National Screening Committee (UK NSC). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2013.

Cribado de la hipoacusia en la infancia

La prevalencia de hipoacusia neurosensorial de grado moderado a profundo (> 40 dB) es de 1 a 2 por 1.000 nacidos. La pérdida de audición puede producir trastornos irreparables en la adquisición del lenguaje y en el desarrollo emocional e intelectual del niño. Un diagnóstico tardío (después de los 12 meses) provocará dificultades en la comunicación oral, en el aprendizaje de la lectura y en la capacidad de expresión del pensamiento.

Los programas de cribado auditivo neonatal universal se han extendido ampliamente, a pesar de la falta de pruebas sólidas que avalen su eficacia y su coste-efectividad. Las pruebas de cribado disponibles son fiables y tienen unos

niveles aceptables de sensibilidad y especificidad. Hay evidencia de que el cribado neonatal universal adelanta significativamente la edad de diagnóstico y el inicio de la intervención. El cribado neonatal permite confirmar el diagnóstico de hipoacusia antes de los 6 meses, frente a los 2 años de media en los pacientes no sometidos a cribado. El cribado limitado a la población de riesgo (tabla 5) identifica solo al 50% de los recién nacidos con hipoacusia, lo que supone que la otra mitad se diagnosticará a una edad tardía.

El cribado auditivo universal es bien aceptado por las familias. Como es de esperar en el cribado de trastornos con baja prevalencia, la tasa de falsos positivos es alta. Esto puede generar ansiedad en los padres, pero tiene una duración limitada. La evidencia sobre los efectos secundarios del tratamiento precoz es escasa. Los estudios de coste-efectividad son muy escasos. No hay evidencia de que el cribado auditivo neonatal universal genere valor por dinero.

A pesar de estas limitaciones, hay consenso generalizado de que los beneficios del cribado universal superan los riesgos potenciales. En España, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó, en 2003, el programa de detección precoz de la sordera para su implantación a nivel estatal.

El cribado neonatal universal no detecta los casos de sordera progresiva o de comienzo tardío. La valoración de los factores de riesgo permite identificar a los niños que pasan el cribado neonatal, pero que tienen riesgo de desarrollar una hipoacusia de comienzo tardío. Estos niños deben tener un seguimiento audiológico hasta los 3-5 años.

En la edad escolar hay un claro predominio de las hipoacusias de conducción, leves y transitorias, sobre las hipoacusias permanentes. Es poco probable que el cribado auditivo a los 4-5 años sea eficaz para aumentar el número de casos con hipoacusia identificados o para reducir la edad media de la identificación y, por tanto, es poco probable que represente una buena opción en términos de valor por dinero.

Tabla 5 Indicadores de riesgo asociados con hipoacusia. Joint Committee on Infant Hearing, 2007

- Preocupación de los padres* sobre la audición, el habla, el lenguaje o el desarrollo
- Historia familiar* de sordera infantil permanente
- Estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales de más de 5 días o cualquiera de los siguientes, independientemente de la duración de la estancia: ECMO*, ventilación asistida, exposición a medicamentos ototóxicos (gentamicina y tobramicina) o diuréticos de asa (furosemida), o hiperbilirrubinemia que precisa exanguinotransfusión
- Infección intrauterina por citomegalovirus*, rubeola, sífilis, herpes o toxoplasmosis
- Anomalías craneofaciales, incluidas las anomalías morfológicas del pabellón auricular y del conducto auditivo, apéndices preauriculares, fositas preauriculares y anomalías del hueso temporal
- Signos físicos, como un mechón de pelo blanco, asociados a un síndrome que incluye una hipoacusia neurosensorial o de conducción permanente
- Síndromes asociados a hipoacusia congénita o de aparición tardía*, como la neurofibromatosis, la osteopetrosis o el síndrome de Usher; también se incluyen los síndromes de Waardenburg, de Alport, de Pendred y el de Jervell y Lange-Nielson
- Trastornos neurodegenerativos* como el síndrome de Hunter, o neuropatías como la ataxia de Friedreich o el síndrome de Charcot-Marie-Tooth
- Infecciones posnatales con cultivo positivo asociadas a hipoacusia neurosensorial*, incluidas las meningitis bacteriana y viral (especialmente por herpes y varicela) confirmadas
- Traumatismo craneal que precisa hospitalización, especialmente las fracturas basales del cráneo o del hueso temporal*
- Quimioterapia*

ECMO: oxigenación por membrana extracorpórea.

*Indicadores que implican un mayor riesgo de hipoacusia tardía.

Recomendaciones

- Se sugiere hacer el cribado auditivo neonatal universal (fuerza de la recomendación: débil a favor)
- Se sugiere hacer el seguimiento audiológico de los niños con factores de riesgo (fuerza de la recomendación: débil a favor)
- Se sugiere no hacer cribado de la hipoacusia en la edad escolar (fuerza de la recomendación: débil en contra)

Bibliografía recomendada

- American Academy of Pediatrics, Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*. 2007;120:898-921.
- Ching TYC, Dillon H, Button L, Seeto M, Van Buynder P, Marnane V, et al. Age at Intervention for Permanent Hearing Loss and 5-Year Language Outcomes. *Pediatrics*. 2017;140:e20164274.
- Nelson HD, Bougatsos C, Nygren P. Universal newborn hearing screening: systematic review to update the 2001 US Preventive Services Task Force Recommendation. *Pediatrics*. 2008;122:e266-76.
- Pimperton H, Kennedy CR. The impact of early identification of permanent childhood hearing impairment on speech and language outcomes. *Arch Dis Child*. 2012;97:648-53.
- Pimperton H, Kreppner J, Mahon M, Stevenson J, Terleksi E, Worsfold S, et al. Language Outcomes in Deaf or Hard of Hearing Teenagers Who Are Spoken Language Users: Effects of Universal Newborn Hearing Screening and Early Confirmation. *Ear Hear*. 2017;38:598-610.
- Wake M, Ching TYC, Wirth K, Poulakis Z, Mensah FK, Gold L, et al. Population Outcomes of Three Approaches to Detection of Congenital Hearing Loss. *Pediatrics*. 2016;137:1-10.
- Wessex Universal Neonatal Hearing Screening Trial Group. Controlled trial of universal neonatal screening for early identification of permanent childhood hearing impairment. *Lancet*. 1998;352:1957-64.
- Wolff R, Hommerich J, Riemsma R, Antes G, Lange S, Kleijnen J. Hearing screening in newborns: systematic review of accuracy, effectiveness, and effects of interventions after screening. *Arch Dis Child*. 2010;95:130-5.

Detección precoz de los trastornos del desarrollo

Se estima que alrededor de un 16% de todos los niños tiene algún trastorno englobado dentro de los trastornos del desarrollo (TD). En España, un 11% de los niños de 0 a 6 años asignados a un cupo de atención primaria presentan problemas del desarrollo o trastornos de aprendizaje.

El término *trastorno del desarrollo* es un concepto amplio, dentro del cual se incluyen los trastornos del espectro autista (TEA). El TD se define como toda desviación en el neurodesarrollo por debajo de -1,5 desviaciones estándar de la media esperada para la edad. Es una limitación en el funcionamiento cognitivo o adaptativo que se inicia en la infancia y produce alteraciones de conducta en el hogar, la escuela o la comunidad, o un déficit intelectual que puede manifestarse como retraso del lenguaje, trastornos en el aprendizaje, en el razonamiento o en el juicio práctico, en la capacidad para solucio-

nar problemas o una incapacidad para el razonamiento abstracto. El autismo o TEA es un trastorno del neurodesarrollo de base genética, que consiste en la afectación de 2 ejes mayores de la conducta: comunicación e interacción social y patrones de conducta repetitivos con intereses restrictivos.

Los TD son trastornos prevalentes en los que la intervención temprana produce mejorías. No se dispone de escalas lo suficientemente sensibles y específicas para el cribado de los TD en población general de bajo riesgo. Es importante la supervisión oportunista, longitudinal y en equipo de los TD, así como hablar con los padres de sus preocupaciones sobre el desarrollo en cada oportunidad que tenga el profesional de atención primaria.

Recomendaciones de PrevInfad (tabla 6)

- Se sugiere preguntar a los padres por sus preocupaciones acerca del desarrollo de sus hijos en las visitas de supervisión y seguimiento (calidad de la evidencia: baja; fuerza de la recomendación: débil a favor)
- Se sugiere no aplicar escalas de cribado para la valoración del desarrollo infantil si no existen sospechas de TD (calidad de la evidencia: baja; fuerza de la recomendación: débil en contra)

Cribado de los trastornos del espectro autista

El cribado masivo de los TEA en población de bajo riesgo daría lugar a un valor predictivo positivo estimado en nuestro medio de alrededor del 38%, con un exceso de derivación a servicios especializados y efecto de etiquetado sobre los pacientes. Se considera más adecuado el cribado en población de riesgo o ante la sospecha por parte de padres o profesionales.

Recomendaciones de PrevInfad (tabla 6)

- Se sugiere no hacer cribado universal con escalas de tipo M-CHAT y variantes (calidad de la evidencia: baja; fuerza de la recomendación: débil en contra)
- Se propone hacer cribado con escalas tipo M-CHAT/R/F en individuos de alto riesgo (calidad de la evidencia: moderada-alta; fuerza de la recomendación: fuerte a favor)

Bibliografía recomendada

- Canadian Task Force on Preventive Health Care, Tonelli M, Parkin P, Brauer P, Leduc D, Pottie K, Jaramillo Garcia A, et al. Recommendations on screening for developmental delay. *CMAJ*. 2016;188:579-87.
- 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.

Tabla 6 Recomendaciones de PrevInfad para el cribado de los trastornos del desarrollo (TD) y de los trastornos del espectro autista (TEA)

TD	TEA
Se sugiere preguntar a los padres por sus preocupaciones acerca del desarrollo de sus hijos en las visitas de supervisión y seguimiento	Se sugiere no hacer cribado universal con escalas de tipo M-CHAT ^a
Se sugiere no aplicar escalas de cribado para la valoración del desarrollo infantil si no existen signos de sospecha de TD	Se propone hacer cribado con escalas de tipo M-CHAT/R/F ^a en individuos de alto riesgo ^b
^a M-CHAT, M-CHAT/F, M-CHAT/R, M-CHAT/R/F.	
^b Antecedentes familiares de TEA en hermanos, trastornos neurológicos asociados con TEA, prematuridad, trastornos de la comunicación social o presencia de conductas repetitivas o de signos de alerta de TEA.	

McPheeters M, Weitlauf A, Vehorn A, Taylor C, Sathe N, Krishnaswami S, et al. Screening for autism spectrum disorder in young children: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 129. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016.

Siu AL; US Preventive Services Task Force (USPSTF), Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M, et al. Screening for Autism Spectrum Disorder in Young Children: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2016;315:691-6.

Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Bright Futures Periodicity Schedule Workgroup. 2016 Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. Pediatrics. 2016;137:e20153908.

Robins D, Casagrande K, Barton K, Chen CH, Dumont-Mathieu T, Fein D. Validation of the Modified Checklist for Autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F). Pediatrics. 2014;133:37-45.

Peters-Scheffer N, Didden R, Korzilius H, Sturmey P. A meta-analytic study of the effectiveness of comprehensive ABA-based early intervention programs for children with autism spectrum disorders. Res Autism Spectr Disord. 2011;5:60-9.

Canal Bedía 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;41:1342-51.

Manual de trabajo

El grupo, para desempeñar sus funciones de forma sistematizada, sigue una guía de procedimientos, de elaboración propia, denominada *Manual de trabajo del Grupo PrevInfad / PAPPs Infancia y Adolescencia* y que es de acceso abierto.

En él se recogen la composición de sus miembros; el conflicto de intereses; la selección de nuevas recomendaciones y actualizaciones, su idoneidad y pertinencia; la metodolo-

gía utilizada, basada en la búsqueda de las mejores pruebas, para la elaboración de las recomendaciones sobre actividades preventivas en la infancia y adolescencia en el ámbito de la atención primaria —la elaboración de los documentos ha de seguir un método reproducible por cualquier otro investigador (tablas 7 y 8)—; la difusión de las recomendaciones en la *web* del grupo, en la “bitácora”, espacio de alerta bibliográfica sobre prevención en la infancia y adolescencia, y en “Perlinfad”, con comentarios de artículos relevantes que afecten a las recomendaciones de PrevInfad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Tabla 7 Metodología para la elaboración de documentos en PrevInfad

1. Formulación de las preguntas y marco analítico
2. Búsqueda y selección de la evidencia
3. Evaluación y síntesis
4. Principales valores estadísticos para la medición de los resultados
5. Magnitud del beneficio
6. Magnitud del daño
7. Aplicabilidad
8. Elaboración de recomendaciones. Categorías de las recomendaciones en la tabla 8
9. Publicación del borrador en el blog “Opinar y comentar actualizaciones de PrevInfad”

Tabla 8 Categorías de las recomendaciones, niveles de evidencia y grados de recomendación según el USPSTF 2012, y elaboración de recomendaciones según metodología GRADE

Hay un grado de certeza alto de que el beneficio neto es importante	Recomendación de grado A	Fuerte a favor; se recomienda hacer
Hay un grado de certeza alto de que el beneficio neto es moderado o un grado de certeza moderado de que el beneficio neto es de moderado a importante	Recomendación de grado B	Fuerte en contra; se recomienda no hacer
Hay, al menos, certeza moderada de que el beneficio neto es pequeño	Recomendación de grado C	Débil a favor; se sugiere hacer
Hay un grado de certeza de moderado a alto de que la actividad no produce ningún beneficio neto o de que los daños superan a los beneficios	Recomendación de grado D	Débil en contra; se sugiere no hacer
Falta evidencia o esta es de baja calidad o conflictiva, y el balance riesgo-beneficio no se puede establecer	Posicionamiento I	