



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**ATENCIÓN A PACIENTES CON TRASTORNO DEL
ESPECTRO AUTISTA EN LA UNIDAD DE
URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL
CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID,
PROPUESTA DE PROTOCOLO**

Autor: Sergio Pérez Mateos

Tutor/a: Verónica Velasco González

Co-tutores: Adriano Maté Espeso, Natán Redondo Pérez

Resumen

Los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) constituyen un conjunto amplio de alteraciones graves que afectan al neurodesarrollo, provocando deficiencias en la comunicación e interacción social.

El concepto del TEA ha ido variando a lo largo de la historia, hasta su clasificación actual descrita por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), que engloba el Trastorno Autista, el Síndrome de Asperger, el Trastorno Generalizado de la Infancia y el Trastorno Atípico dentro del Trastorno del Espectro del Autismo.

El objetivo principal de este Trabajo de Fin de Grado es realizar una propuesta de protocolo sobre la atención a pacientes pediátricos con TEA, con el fin de unificar criterios de actuación de enfermería en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV).

En primer lugar, se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos como Scielo, Medline o Cuiden, entre otras, y en segundo lugar se realizó la propuesta de protocolo para la atención a este tipo de pacientes. Para ello, se concertó una reunión con la Federación de Autismo de Valladolid, se presentó la propuesta y se solicitó información para desarrollar los diferentes circuitos asistenciales y así, llevar a cabo una atención óptima en los pacientes con TEA.

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios constituyen uno de los puntos básicos de atención sanitaria de la población por lo que es necesario disponer de una organización adecuada, con zonas habilitadas y delimitadas para proporcionar una adecuada actuación al paciente con TEA.

La formación de todo el personal y la existencia de protocolos de atención a este tipo de pacientes es fundamental para proporcionar unos cuidados de calidad y disminuir, en la medida de lo posible, la ansiedad que provoca a los pacientes con TEA las visitas a estos servicios hospitalarios.

Palabras claves: Trastorno del espectro autista, neurología, urgencias y enfermería pediátrica.

Índice

Índice de Ilustraciones.....	IV
Abreviaturas.....	IV
1. Introducción	5
1.1. Definición y manifestaciones clínicas.....	5
1.2. Marco Histórico	5
1.3. Etiología y prevalencia.....	7
1.4. Clasificación.....	7
1.5. Signos de alerta	9
1.6. Justificación del tema.....	10
2. Objetivos	11
3. Material y método	11
4. Desarrollo.....	13
4.1. Localización de la unidad.....	13
4.2. Descripción física.....	13
4.3. Propuesta de protocolo.....	16
4.3.1.1. Paciente ordinario.....	17
4.3.1.2. Paciente ordinario grave (nivel de triaje I).....	20
4.3.1.3. Paciente que llega en ambulancia.....	21
4.3.1.4. Traslado de los pacientes para la realización de pruebas complementarias o intervención quirúrgica	23
4.3.1.5. Paciente que ingresa.....	25
4.3.1.6. Paciente que es dado de alta.....	26
4.3.2. Algoritmo de actuación en el Servicio de Urgencias Pediátricas en pacientes con TEA.....	27
5. Futuras líneas de investigación	27
6. Conclusiones	28
7. Bibliografía	29
8. Anexos.....	31
8.1. Anexo I: Sistema de Triage Español (SET).....	31
8.2. Anexo II: Criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista según la clasificación DSM-V.....	32
8.3. Anexo III: Cuaderno de ayudas visuales de la Federación de Autismo de Valladolid	35
8.4. Anexo IV: Pictogramas ARASAAC	36

Índice de ilustraciones

Ilustración 1: Acceso a la Unidad desde la Calle Real de Burgos.....	13
Ilustración 2: Mapa de la Unidad de Urgencias Pediátricas.....	15
Ilustración 3: Circuito asistencial paciente ordinario.....	16
Ilustración 4: Circuito asistencial paciente ordinario grave.....	19
Ilustración 5: Circuito asistencial paciente crítico.....	20
Ilustración 6: Circuito asistencial paciente no crítico/estable.....	21
Ilustración 7: Circuito asistencial de realización de pruebas complementarias.....	23
Ilustración 8: Circuito asistencial paciente que ingresa.....	25
Ilustración 9: Circuito asistencial paciente que es dado de alta.....	26
Ilustración 10: Actuación en el servicio de urgencias pediátricas en pacientes con TEA.....	26
Ilustración 11: Recomendaciones cuaderno de ayudas visuales de la Federación de Autismo Valladolid.....	34
Ilustración 12: Pictogramas ARASAAC.....	37
Tabla 1: Sistema de Triage Español (SET).....	30

Abreviaturas

ARASAAC: Pictogramas del Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa.

CDC: Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos.

DECS: Descriptores en Ciencias de la Salud.

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

EIR: Enfermero Interno Residente.

HCUV: Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

MESH: Medical Subject Headings.

MIR: Médico Interno Residente.

SET: Sistema de Triage Español.

TCAE: Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

TDAH: Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad.

TEA: Trastornos del Espectro del Autismo.

TGD: Trastornos Generalizados del Desarrollo.

1. Introducción

1.1. Definición y manifestaciones clínicas

Los Trastornos del Espectro del Autismo constituyen un conjunto amplio de alteraciones graves que afectan al desarrollo neurológico, provocando deficiencias en la comunicación e interacción social, así como en la flexibilidad del pensamiento y de la conducta ¹.

Las manifestaciones clínicas pueden variar de forma considerable entre las personas que padecen este trastorno, existiendo unas características comunes. En todos los casos aparecen alteradas habilidades para comunicarse y relacionarse con los demás, además se asocian patrones repetitivos y restringidos de intereses, actividades y comportamientos que dificultan la anticipación y adaptación al entorno. Estas alteraciones pueden verse incrementadas cuando el paciente acude a los Servicios de Urgencias Hospitalarios, ya que se trata de un entorno desconocido y esto le puede provocar angustia.

De la misma forma, los TEA, pueden ir asociados a otros trastornos que afectan al neurodesarrollo, como la discapacidad intelectual o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) ².

1.2. Marco Histórico

Para comenzar, es necesario conocer la historia del autismo. El término Autismo proviene del griego “autos” que significa *propio, uno mismo*. Fue utilizado por primera vez en 1911, por el psiquiatra Eugen Bleuler, para referirse a un trastorno del pensamiento que aparecía en personas esquizoides ³.

Transcurren más de treinta años hasta que el Dr. Leo Kanner, del Hospital John Hopkins de Baltimore, en 1943, tras realizar un estudio a un grupo de 11 niños, introduce la caracterización de Autismo Infantil Temprano, definiendo el Síndrome Autista como una patología con tres características fundamentales: trastorno cualitativo de la relación, alteraciones en la comunicación y el lenguaje, y falta de flexibilidad mental y comportamental ^{4,18}.

Un año más tarde, el Dr. Hans Asperger utilizó el término “Psicopatía Autista” en niños que presentaban características similares a las descritas por Leo Kanner. Sin embargo,

su trabajo no fue reconocido hasta 1981. Debido a ciertas diferencias que surgieron entre L. Kanner y H. Asperger, Lorna Wing utilizó otro término en 1981, el Síndrome de Asperger ^{4,5}.

En la década de los ochenta, se alcanzó un consenso en cuanto a la concepción del Autismo, definiéndolo como un síndrome conductual que afecta a diferentes áreas, tanto del desarrollo cognitivo como del desarrollo afectivo, formando parte de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD), como recoge el DSM en su cuarta edición publicada en 1994 (DSM-IV-TR) ⁵.

- DSM-IV:

De acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR, los TGD se clasifican en varias subcategorías ⁶:

- Trastorno autista o autismo clásico.
- Síndrome de Asperger.
- Trastorno generalizado de la infancia.
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado o autismo atípico.
- Síndrome de Rett.

- DSM-V:

El 18 de mayo de 2013 se publicó el DSM-V, englobando las cuatro primeras subcategorías dentro del TEA. Mediante esta clasificación se excluye el Síndrome de Rett. Con ello se pretende facilitar el diagnóstico teniendo en cuenta la heterogeneidad de los subtipos recogidos en el DSM-V ⁷.

Además, también se han producido cambios en cuanto a los dominios sintomáticos. En el DSM-IV, los TGD, se caracterizaban por la presencia de alteraciones y perturbaciones graves que afectan al desarrollo neurológico en: la comunicación social, la interacción social y la existencia de patrones repetitivos de la conducta. Mientras que en el DSM-V se reduce el número de dominios sintomáticos a: comportamientos, intereses y actividades repetitivas y restringidas, y alteraciones sociales combinadas con alteraciones en la comunicación ^{8,9}.

1.3. Etiología y prevalencia

No se conocen las causas exactas que provocan la aparición del trastorno, aunque existen una serie de factores asociados ^{10,11}:

- Factores hereditarios.
- Factores ambientales.
- Administración de ciertos fármacos.

El TEA está presente en todos los países, culturas, etnias y en todos los status socioeconómicos. Según un estudio realizado por El Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) en 2012, la prevalencia es aproximadamente de 1 caso por cada 68 niños, mientras que en Europa, otros estudios han revelado una prevalencia de 1 caso por cada 100 niños ^{11,12}.

Esto quiere decir que la incidencia está aumentando, siendo mayor en niños que en niñas, con una proporción de 4:1 ¹¹.

Así mismo, este tipo de pacientes desarrolla otros síntomas psiquiátricos. Aproximadamente un 10 % de los niños con TEA tienen un desorden mental, genético o metabólico, mientras que un 30-50% desarrollan discapacidad intelectual con un coeficiente intelectual por debajo de 70 ^{12,13}.

1.4. Clasificación

En cuanto a la clasificación de los TEA, el DSM- V establece dentro de la categoría Trastorno del Espectro Autista:

- Trastorno autista o autismo clásico.
- Síndrome de Asperger.
- Trastorno generalizado de la infancia.
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado o autismo atípico.

De tal forma que en esta clasificación se excluye el síndrome de Rett, incluido en el DSM-IV ⁹. Este ha sido el cambio principal y el que más controversia ha generado en relación con la clasificación anterior recogida por el manual DSM-IV. La nueva clasificación, establece tres niveles de gravedad en función de las características que presentan los pacientes ¹⁴:

Nivel 1 “Requiere apoyo”

- **Comunicación social:**

En lugares sin apoyo, los déficits en la comunicación social causan limitaciones significativas. Dificultades para iniciar las interacciones sociales, y claros ejemplos de respuestas atípicas o no exitosas para las aperturas sociales de otros. Puede parecer tener un menor interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar en frases completas e involucrarse en una comunicación pero que falla en mantener una conversación, y cuyos intentos para hacer amigos son peculiares y típicamente ineficaces.

- **Conductas repetitivas y/o restrictivas:**

Inflexibilidad en la conducta que causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Las dificultades para cambiar de conductas. Los problemas para organizar y planificar interfieren el funcionamiento independiente.

Nivel 2 “Requiere apoyo sustancial”

- **Comunicación social:**

Marcados déficits en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal, las limitaciones sociales aparecen incluso en situaciones con apoyos; las iniciaciones de las situaciones sociales son muy limitadas; y tiene una respuesta a las aperturas sociales de los demás reducida o anormal. Por ejemplo, una persona que dice frases simples, cuya interacción se limita a un estrecho margen de intereses, y que tiene una marcada y peculiar comunicación no verbal.

- **Conductas repetitivas y/o restrictivas:**

Inflexibilidad de la conducta, dificultades para cambiar, u otras conductas repetitivas/restrictivas que son suficientemente obvias para cualquier observador e interfieren el funcionamiento en una variedad de contextos. Produce malestar o dificultad para cambiar la acción o el objetivo.

Nivel 3 “Requiere apoyo muy sustancial”

- **Comunicación social:**

Graves déficits en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal causan graves limitaciones en el funcionamiento, iniciación de las interacciones sociales muy limitadas, y mínima respuesta a las aperturas sociales de los demás. Por ejemplo, una persona con pocas palabras o habla inteligible que raramente inicia interacciones y, cuando lo hace, es a través de acercamientos inusuales y responde sólo a acercamientos sociales muy directos.

- **Conductas repetitivas y/o restrictivas:**

Inflexibilidad en la conducta, extrema dificultad para cambiar, u otras conductas repetitivas/restrictivas que interfieren marcadamente el funcionamiento en todas las esferas. Gran malestar/dificultad para cambiar la acción o el objetivo.

Estas alteraciones constituyen un reto socio-sanitario ya que para una correcta atención sanitaria, los pacientes con TEA precisan de la colaboración de la familia junto con la implicación de los profesionales, promoviendo una actuación de forma protocolizada.

1.5. Signos de alerta

Es muy importante conocer los principales signos de alerta ya que debido a la complejidad de estos es necesario identificarlos y tratarlos a tiempo para llevar a cabo una detección precoz y una actuación de enfermería adecuada.

Los principales signos de alerta que se pueden encontrar en este trastorno son diferentes dependiendo de la edad de los pacientes ^{15,16,17}.

A los 12 meses:

- Menor contacto ocular.
- No reconoce su nombre.
- No señala para pedir los objetos.
- No muestra objetos.
- No balbucea.

A los 18 meses:

- No señala para pedir ni para mantener una atención compartida.
- No dice palabras sencillas.

A partir de los 24 meses:

- No dice frases espontáneas de dos o más palabras.
- No realiza juegos de ficción.

A partir de los 36 meses:

- Presenta déficit en el desarrollo del lenguaje, en la comunicación no verbal y fracaso en la sonrisa social para expresar placer y responder a la sonrisa de otros.
- Presenta alteraciones sociales
- No muestra objetos
- Presenta dificultad para expresar sus emociones
- Puede presentar hipersensibilidad o hiposensibilidad a sonidos, colores y olores.

De 5-6 años:

- No responde a su nombre.
- No establece un contacto visual directo
- Presenta excesivo interés en alinear los juguetes u otros objetos.
- No interactúa con juguetes de forma apropiada.
- Se obsesiona con un objeto o juguete concreto.
- No sonríe de forma recíproca.

A cualquier edad:

- Presenta mayor interés por los objetos que por las personas.
- Evita el contacto visual directo a los ojos, centrándose en la boca.

1.6. Justificación del tema

La justificación del tema elegido responde a la necesidad de obtener una mayor información referente a los pacientes con TEA para así poder llevar a cabo una intervención de enfermería adecuada en la Unidad de Urgencias Pediátricas del HCUV.

Durante la rotación por la Unidad de Urgencias Pediátricas del HCUV se observó que existía un déficit de conocimiento por parte del personal sanitario sobre este tipo de paciente y las técnicas adecuadas para su atención debido a que las guías y manuales de actuación son escasos y poco divulgados. Por ello, es muy importante desarrollar de forma adecuada los diferentes circuitos asistenciales en base a las características físicas

de la Unidad y unificar criterios de actuación de enfermería para conseguir una actuación adecuada a este tipo de pacientes.

Las instituciones sanitarias tienen la responsabilidad de proporcionar a todos los pacientes una atención integral de máxima calidad, una de las formas que tenemos para llevar a cabo de forma efectiva este objetivo, es tratar que nuestra práctica profesional esté basada en la evidencia científica, por ello es muy importante llevar a cabo una actuación de enfermería de forma protocolizada ^{12,18}.

Por último, destacar que el diagnóstico precoz juega un papel fundamental en este tipo de pacientes debido a que este trastorno provoca una alteración en el desarrollo normal del niño, afectando de forma directa a sus familiares. Por ello, es esencial que tanto los profesionales sanitarios como sus familias tengan la información necesaria para detectar los principales signos de alarma y podamos actuar cuanto antes, esto puede conseguirse con una adecuada formación en la materia para el personal sanitario ^{12,18}.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

- Realizar una propuesta de protocolo sobre la atención a pacientes pediátricos con TEA, con el fin de unificar criterios de actuación de enfermería en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

2.2. Objetivos específicos

- Dar a conocer al personal sanitario la importancia de la atención protocolizada en pacientes con TEA.
- Proporcionar una atención adaptada a los pacientes con TEA en la asistencia a los servicios de urgencias mediante la utilización adecuada de los recursos disponibles y el uso de pictogramas.
- Enumerar los principales signos de alerta del TEA en edades precoces.

3. Material y método

Este Trabajo de Fin de Grado se basa en la elaboración de una propuesta de protocolo para la atención a pacientes con TEA en el servicio de Urgencias Pediátricas del HCUV.

En primer lugar, se llevó a cabo una revisión bibliográfica consultando diferentes bases de datos como *Scielo*, *Medline* y *Cuiden*. Para realizar una búsqueda adecuada se emplearon las palabras clave: trastorno del espectro autista, neurología, enfermería pediátrica y urgencias (DECS).

Además, se realizó una búsqueda en Google de literatura gris relacionada con el autismo. El uso de algunos buscadores más específicos relacionados con la sanidad, como *Medline*, Google académico y *Cuiden*, fueron claves para encontrar definiciones, características y signos de alarma sobre el TEA.

Por otro lado, se obtuvo información de libros de Neurología y Psiquiatría pediátrica de la sección de Psiquiatría y Enfermería Pediátrica de la biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universidad de Valladolid.

En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión en la búsqueda de documentos de actuación de enfermería de los Servicios de Urgencias Pediátricas, se incluyó todo tipo de documentos actuales, protocolos y guías de actuación de los principales Hospitales de Pediatría a nivel nacional así como de otros países como Cuba o EEUU, incluyendo artículos tanto en castellano como en inglés. En una primera fase exploratoria, la búsqueda de información se delimitó a los últimos 7 años pero debido a la escasez de bibliografía existente sobre el tema, se decidió aumentar el filtro excluyendo aquellos que fueron publicados hace más de 15 años.

En segundo lugar, se elaboró una propuesta de protocolo. Para ello, se concertó una reunión con la presidenta de la Federación de Autismo de Castilla y León, junto con terapeutas ocupacionales, psicólogos pediátricos, cuidadores y supervisor de la Unidad de Urgencias Pediátricas del HCUV. Se presentó la propuesta y se solicitó a dichos profesionales información a tener en cuenta para realizar el protocolo de actuación y realizar los circuitos asistenciales en función de las características de la Unidad de Urgencias Pediátricas. Nos facilitaron pictogramas del Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa denominados pictogramas ARASAAC (Anexo 4) para las distintas intervenciones que se llevan a cabo con este tipo de pacientes y se diseñaron los circuitos asistenciales de forma conjunta en base a las características que presenta la Unidad.

4. Desarrollo

A continuación, se realiza una descripción de la Unidad de Urgencias Pediátricas del HCUV de forma detallada. En base a las características se llevó a cabo la propuesta de un protocolo de actuación desarrollando los diferentes circuitos asistenciales a seguir por los pacientes con TEA dependiendo de la situación en la que se encuentren.

4.1. Localización de la unidad

La Unidad de Urgencias Pediátricas del Hospital Clínico Universitario de Valladolid se encuentra ubicada en el semisótano I, comunicándose a su vez con el Servicio de Urgencias de Adultos.

Se trata de un servicio que permanece abierto los 365 días al año durante 24 horas al día destinado a atender a los pacientes menores de 14 años con patologías que requieren de una atención sanitaria urgente.



Ilustración 1: Acceso a la Unidad desde la Calle Real de Burgos

4.2. Descripción física

En la unidad se pueden diferenciar las siguientes partes (Ilustración 2):

❖ Sala de espera

Se trata de una zona habilitada con sillas destinada al uso de los pacientes que deben permanecer en espera hasta que puedan pasar a la consulta de triaje o posteriormente a la consulta de pediatría, además, es utilizada por aquellos pacientes que están pendientes de algún resultado y no requieren de mayor atención sanitaria. En la sala se encuentra una habitación destinada para lactancia con un cambiador y 2 aseos diferenciados por sexos con un cambiador en uno de ellos.

❖ Consultas de pediatría

En total existen 4 consultas comunicadas entre sí y con la sala de espera. La consulta número 2 se utiliza para realizar la primera valoración y clasificación del paciente; ésta es llevada a cabo por enfermería. Las consultas número 1, 3 y 4 son las consultas médicas.

La consulta número 4 se utiliza como “consulta de traumatología”, contiene todo el material necesario para realizar curas, suturas, férulas, etc.

➤ Consulta de triaje

Enfermería es la encargada de valorar la situación clínica realizando una anamnesis, atendiendo a los antecedentes médicos personales, nivel de conciencia y toma de constantes con el objetivo de definir el nivel de urgencia que presenta el paciente.

El modelo de triaje utilizado en el HCUV se denomina SET (Sistema Español de Triage). El SET es un modelo estructurado holístico que se aplica tanto a niños como a adultos basado en cinco niveles de priorización (Anexo 1).

❖ Zona de observación

En la zona de observación permanecen los pacientes que deben ser vigilados debido a que necesitan la administración de medicación ya sea vía oral, vía intravenosa o vía inhalatoria, o pruebas complementarias y así observar su evolución para proceder a darles el alta hospitalaria o el ingreso en planta en caso de que lo necesiten.

En la zona de observación se pueden diferenciar 3 zonas:

➤ Zona de camillas y cunas

Consta de 2 camillas y dos cunas, se trata de una zona destinada a los pacientes que por su estado necesiten permanecer más tiempo en observación.

➤ Zona de sillones

Se trata de una sala que consta de 5 sillones, destinada a pacientes que deben ser vigilados pero van a permanecer un periodo más corto de tiempo.

➤ **Box de aislamiento**

El box de aislamiento se encuentra al lado de la zona de sillones, se utiliza en caso de que el paciente deba permanecer aislado para evitar o disminuir el riesgo de infección debido a las características que presenta.

❖ **Unidad de críticos**

Esta sala consta de dos camillas cada una con su monitor, toma de aspiración, toma de oxígeno y el material necesario para la intubación.

Además, en la sala se encuentra un electrocardiógrafo, diferentes respiradores para la ventilación mecánica y un desfibrilador.

Destinada a pacientes que se encuentran en estado crítico debido a que está dotada con todo el material necesario para la actuación requerida en este tipo de situaciones. Existe un armario con la medicación de uso urgente correctamente clasificada y ordenada, además de material necesario para realizar diferentes técnicas (canalización de vías, material para la vía intraósea, etc.) y un armario con diferentes tipos de suero.

❖ **Control de enfermería**

Se encuentra situado frente a la Unidad de críticos.

❖ **Despacho del supervisor**

Se encuentra situado al lado de la Unidad de críticos.

❖ **Zonas comunes**

Aseos para el personal sanitario, aseos para los pacientes, sala de estar de enfermería, cuarto de limpio y un almacén.

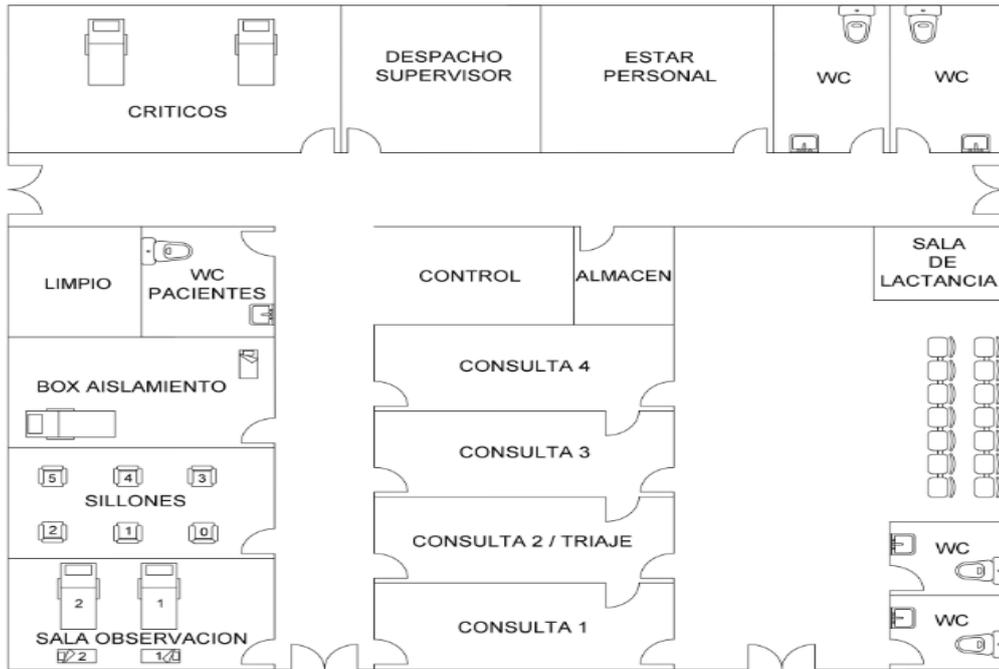


Ilustración 2: Mapa de la Unidad de Urgencias Pediátricas.

4.3. Propuesta de protocolo

Población diana:

Este protocolo irá destinado a todos los pacientes pediátricos con TEA.

Profesionales a los que va dirigido:

Este protocolo irá dirigido a los Médicos Adjuntos, Médicos Internos Residentes (MIR), enfermeros, Enfermeros Internos Residentes (EIR), Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y personal no sanitario del servicio de Urgencias Pediátricas del HCUV.

4.3.1. Circuitos asistenciales

A continuación, se describen los diferentes circuitos asistenciales desarrollados en base a las características físicas que presenta la Unidad.

4.3.1.1. Paciente ordinario

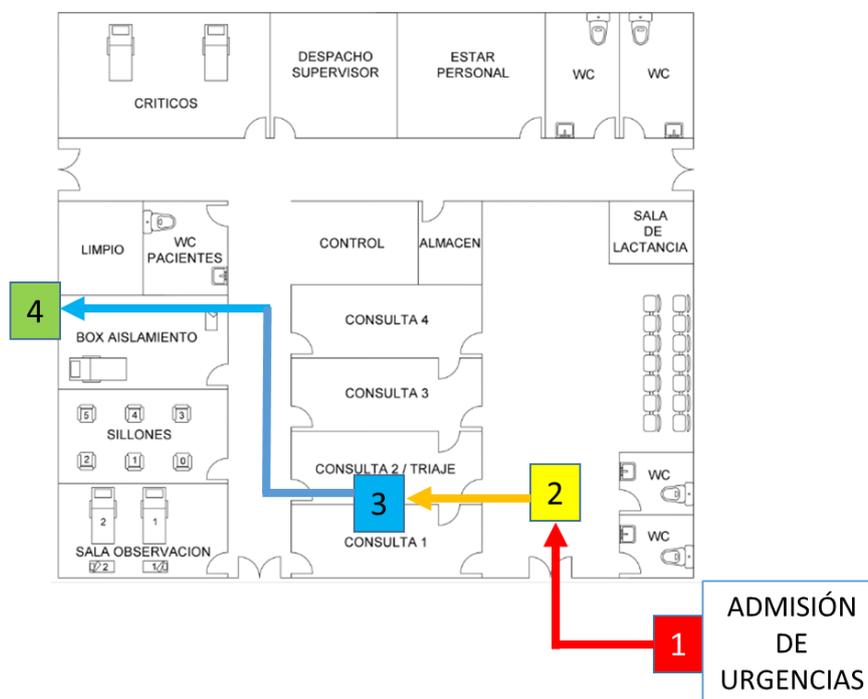


Ilustración 3: Circuito asistencial paciente ordinario.

1 Admisión de Urgencias: Recepción del paciente

El paciente acudirá al servicio de Admisión de Urgencias para entregar la tarjeta sanitaria y los datos correspondientes necesarios para generar el episodio de historia informática, imprimir la pulsera identificativa y las etiquetas correspondientes.

Es conveniente que los acompañantes informen al personal administrativo de que se trata de un paciente que padece TEA de tal forma que tanto el personal sanitario como no sanitario sea avisado para que se active el protocolo de actuación y se agilice la atención. El personal administrativo entregará un cuaderno de pictogramas específicos para que el paciente se vaya familiarizando con las técnicas sanitarias a las que se va a enfrentar.

El celador es el encargado de llevar la pulsera identificativa y las pegatinas a la Consulta nº 2 (Consulta de Triage). Mientras tanto, el paciente permanecerá en la sala de espera acompañado de sus familiares hasta que le llamen por megafonía para ser clasificado con la mayor brevedad posible.

2 Sala de espera

Las situaciones de espera son especialmente conflictivas para este tipo de pacientes debido a que presentan dificultad para comprender por qué se encuentran allí. No saber cuánto tiempo deben permanecer en el hospital potencia su ansiedad e inquietud repercutiendo negativamente en su conducta. Pueden recordar experiencias negativas previas en entornos sanitarios que acentúan su ansiedad. Por ello, es importante minimizar los tiempos de espera ¹⁹.

3 Triaje

El paciente es llamado por megafonía desde la consulta de clasificación, una vez dentro de la consulta, se lleva a cabo la valoración para determinar la prioridad de atención. Se recomienda que éste tipo de paciente sea clasificado con un nivel 2 según el SET para evitar la espera y así disminuir su angustia ²⁰.

Consideraciones especiales:

- Personal sanitario: sólo permanecerán en la consulta la enfermera y TCAE correspondiente debido a que la presencia de varias personas desconocidas en la consulta puede aumentar la ansiedad del paciente.
- El ambiente en la consulta debe ser tranquilo, se permitirá el uso de juguetes u objetos personales que ayuden a relajar al paciente ^{18,19}.
- Los familiares/acompañantes permanecerán en todo momento con el paciente.
- Para llevar a cabo la primera valoración del paciente se usarán los pictogramas que se habrán entregado previamente en Admisión y los pictogramas que se encuentran en la consulta, lo cuales, representan las actuaciones de enfermería correspondiente (toma de constantes vitales, glucemia capilar, etc.).
- Existe una aplicación web que permite su descarga para dispositivos móviles, en ella está incluidos los pictogramas ARASAAC, permite explicar de forma sencilla las técnicas sanitarias a las que se van a enfrentar los pacientes pediátricos con TEA.

4 Tras la valoración

El paciente pasará directamente al box de aislamiento con el fin de recibir la asistencia sanitaria lo antes posible evitando los obstáculos que suponen el cambio de ambiente y

los tiempos de espera. Se trata de un box que se encuentra más apartado del resto de las consultas, por lo que el paciente permanecerá más tranquilo.

Este box está equipado con todo el material necesario para llevar a cabo una actuación sanitaria adecuada. En el box, también estarán todos los pictogramas específicos que serán utilizados por los profesionales sanitarios.

Para llevar a cabo una actuación sanitaria adecuada, es muy importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Se debe crear un ambiente agradable transmitiendo calma y controlando en la medida de lo posible el ruido ambiental e instrumental ^{7,9,20}.
- La exploración del paciente con TEA puede ser compleja, por ello, será realizada por un único equipo profesional sanitario (médico y enfermero), favoreciendo la familiarización y evitando el cambio de profesionales para así evitar su ansiedad ^{19,21}.
- Es una situación que requiere paciencia, se utilizarán pictogramas y palabras sencillas a la hora de explicarle los procedimientos que se van a seguir para anticiparle lo que va a suceder ⁹.
- Se evitará el uso de batas blancas y mascarilla cuando sea posible ^{12,18}.
- El acompañante debe estar presente para ayudar a la hora de la comunicación con el paciente para que éste colabore ^{7,12}.
- Se permitirá el uso de objetos personales (muñecos, figuras) por parte del paciente para que se sienta más seguro ^{17,18}.
- Si fuera preciso, se utilizarán fármacos sedantes para realizar la exploración ^{20,21}.
- Se deben evitar las medidas de contención físicas (sujeciones) debido a que esta experiencia puede aumentar su ansiedad y pueden percibirlo como una agresión desencadenando una situación de agitación y estrés en visitas posteriores ^{7,19}.

4.3.1.2. Paciente ordinario grave (nivel de triaje I)

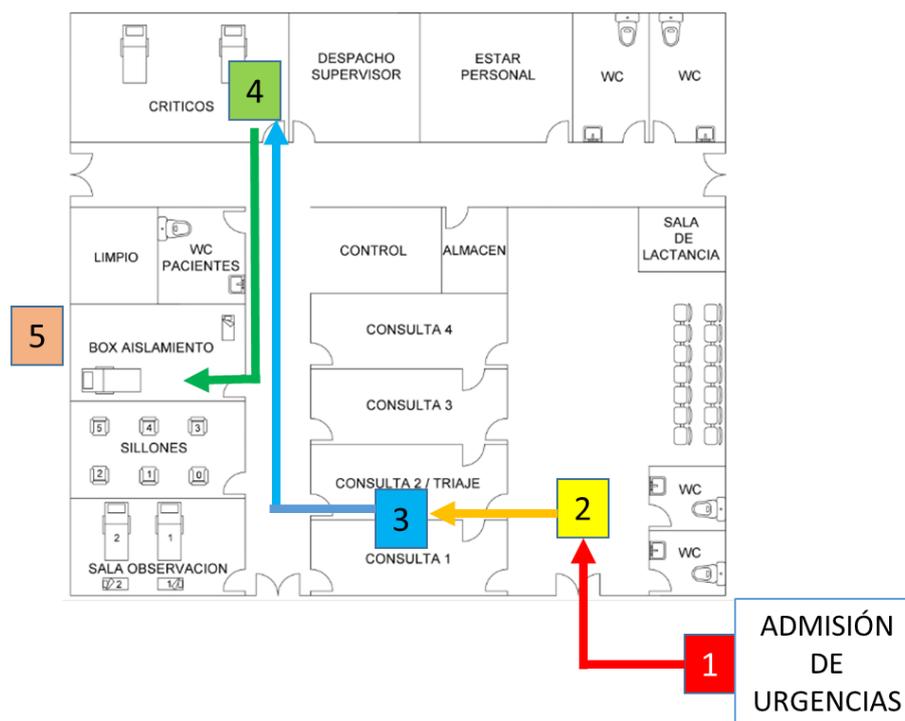


Ilustración 4: Circuito asistencial paciente ordinario grave.

1 Admisión en Urgencias: Recepción del paciente

La recepción del paciente se llevará a cabo de la misma forma que en el paciente ordinario.

2 Sala de espera

3 Triaje

El triaje se realizará de la misma forma que en el paciente ordinario. En este caso, tras la valoración y determinación de un nivel I de urgencia, el paciente irá directamente a la Unidad de Críticos. Se trata de una situación extraordinaria debido a que la mayoría de los pacientes graves acuden a urgencias en ambulancia y pasan directamente a la Unidad de Críticos.

4 Unidad de críticos

La Unidad de Críticos es una sala dotada de todo el material necesario para llevar a cabo una actuación urgente en pacientes que se encuentran en estado crítico. En la sala se

encontrarán los pictogramas específicos para anticipar al paciente lo que va a suceder. En la medida de lo posible se debe crear un ambiente agradable intentando transmitir calma y disminuyendo el ruido ambiental para disminuir la ansiedad que le puede provocar este tipo de situaciones.

5 Tras estabilización

El paciente pasará al Box de Aislamiento.

La actuación llevada a cabo será de la misma forma que el paciente ordinario.

4.3.1.3. Paciente que llega en ambulancia

4.3.1.3.1. Paciente crítico que llega en ambulancia



Ilustración 5: Circuito asistencial paciente crítico.

1 Recepción del paciente

El paciente llegará en ambulancia a la Unidad de Urgencias Pediátricas por la puerta de emergencias directamente hasta la unidad de críticos. En la medida de lo posible se permitirá el acceso a un acompañante debido a que son situaciones críticas que requieren una actuación urgente.

Normalmente se recibe un aviso previo del 112 o Centro Coordinador de tal forma que el equipo sanitario ya tendrá preparada la Unidad de Críticos.

En este caso, los técnicos de ambulancia serán los encargados de facilitar los datos del paciente en admisión necesarios para generar el episodio de historia informática, imprimir la pulsera identificativa y las etiquetas correspondientes.

2 Unidad de críticos

En los casos en los que sea posible, se permitirá que un familiar acompañe al paciente. Una vez estabilizado, si el estado del paciente lo permite el paciente pasará al Box de aislamiento o ingresará en la UCI Pediátrica o en la Unidad de Pediatría.

3 Box de aislamiento

La actuación llevada a cabo será de la misma forma que el paciente ordinario.

4 Ingreso del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos o en la Unidad de Pediatría

4.3.1.3.2. *Paciente no crítico/estable que llega en ambulancia*

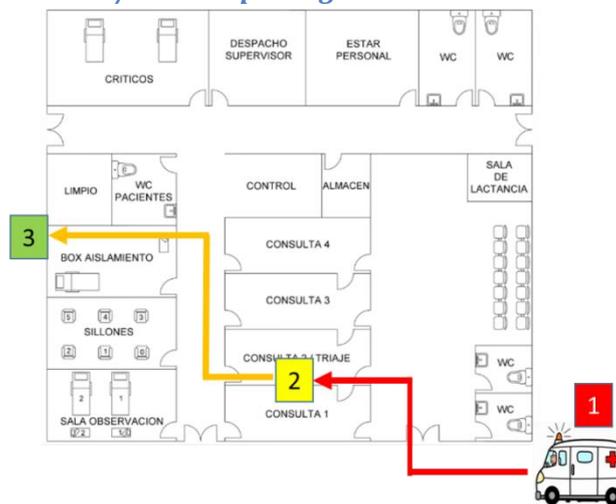


Ilustración 6: Circuito asistencial paciente no crítico/estable.

1 Recepción del paciente/Admisión

El paciente llegará en ambulancia a la Unidad de Urgencias Pediátricas por la puerta principal, ya que se trata de un paciente estable e irá directamente a la consulta de clasificación.

En este caso, los técnicos sanitarios serán los encargados de facilitar los datos del paciente en admisión necesarios para generar el episodio de historia informática, imprimir la pulsera identificativa y las etiquetas correspondientes.

2 Triaje

La actuación llevada a cabo será de la misma forma que el paciente ordinario.

3 Box aislamiento

La actuación llevada a cabo será de la misma forma que el paciente ordinario.

4.3.1.4. Traslado de los pacientes para la realización de pruebas complementarias o intervención quirúrgica

El paciente será trasladado en la camilla o silla de transporte específica de pediatría desde el Box de Aislamiento o desde la Unidad de Críticos por el pasillo Interno de la Unidad (Ilustración 7) en dirección a la sala de espera de urgencias de adultos debido a que suele estar menos transitado.

En el caso de que el paciente esté con sueroterapia, siempre que sea posible, se desconectará el sistema quedando la bomba de perfusión en la Unidad.

En estos casos, el celador será el encargado de llevar al paciente a la sala de pruebas específica. Además, ira acompañado del enfermero responsable y los familiares.

Una vez realizadas las pruebas correspondientes, el camino inverso se realizará de la misma forma utilizando el pasillo Interno de la Unidad. Es muy importante que exista una comunicación eficaz entre los distintos servicios para disminuir al máximo posible los tiempos de espera ^{7,12}.

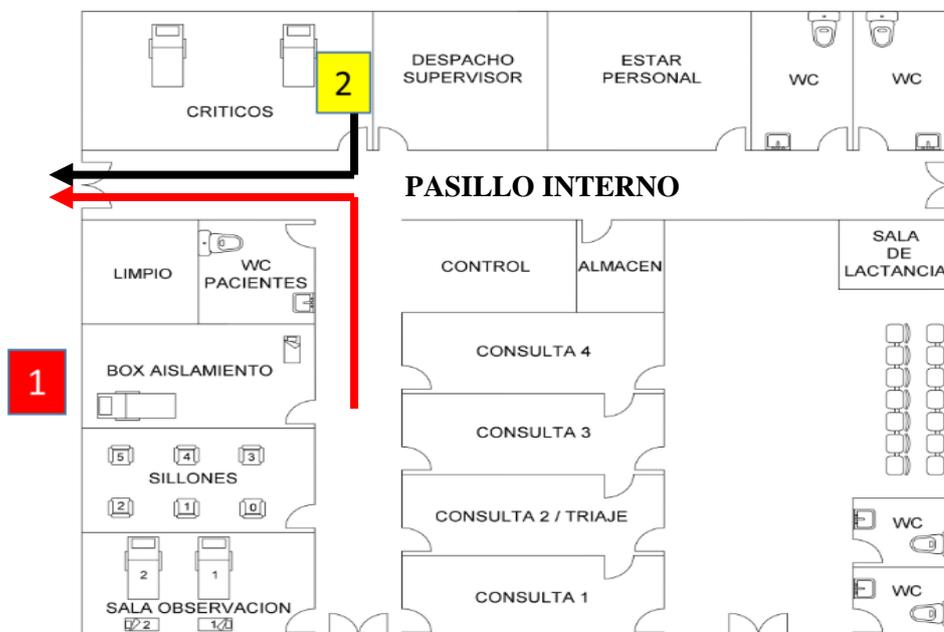


Ilustración 7: Circuito asistencial de realización de pruebas complementarias.

1 Desde el Box de Aislamiento

2 Desde la Unidad de Críticos

La realización de pruebas complementarias para este tipo de pacientes plantea:

- Nuevas situaciones de espera
- Modificaciones del entorno
- Participación de nuevos profesionales sanitarios
- Material y aparataje nuevo.

Es muy importante que exista una comunicación efectiva con los diferentes servicios para así minimizar los tiempos de espera.

Es necesario transmitir de forma correcta al paciente todo lo que va a suceder, con el objetivo de anticiparse a los pasos con la ayuda de pictogramas de los procedimientos o imágenes de las salas a las que va a acceder ^{12,19}.

El cambio de profesionales sanitarios les puede generar desconfianza, por ello siempre que sea posible, el mismo enfermero llevará a cabo la realización de las pruebas y los familiares podrán acompañarle durante la realización de estas ^{9,19}.

1. Extracción de analíticas

La extracción de pruebas de laboratorio (extracción de sangre, gasometrías, análisis de orina, etc) se realizarán en el mismo box.

- En la medida de lo posible se evitarán las medidas de contención física. Si fuera preciso, será necesaria la ayuda del acompañante ya que el paciente se encuentra más cómodo con él ^{7,19}.
- Si fuera preciso, se utilizarán técnicas de relajación/sedación.
- Se utilizará un pictograma específico que muestre el procedimiento.
- Es importante distraer al paciente mediante el uso de objetos personales.
- Una vez realizada la extracción, se reforzará de forma positiva.

2. Realización de ECG

La realización de un electrocardiograma resulta complejo debido que estos pacientes no suelen tolerar el contacto físico, por ello es importante realizar una simulación previa sobre otra persona explicando al paciente lo que va a suceder y la duración de la prueba, además se hará uso de pictogramas específicos ¹⁸.

3. Pruebas Radiológicas

La realización de pruebas radiológicas (Rx, eco, TAC...) suponen una situación de gran complejidad debido a que el paciente cambiará de entorno. Puede existir gran variabilidad de comportamiento debido a que son técnicas novedosas para ellos.

- El acompañante podrá permanecer en la sala con un mandil de Rayos X y colaborará a la hora de desvestirle.
- Se usarán pictogramas característicos para explicarle de forma visual la prueba que se va a realizar.
- Si fuera preciso, se utilizarán técnicas de relajación/sedación.
- En la medida de lo posible se evitarán las medidas de contención física. Si fuera preciso, será necesaria la ayuda del acompañante ya que el paciente se encuentra más cómodo con él ^{18,19}.
- En el caso de ecografía, se hará una prueba con el gel frío en otra parte del cuerpo (mano, brazo) para ver la sensación que le produce antes de utilizarlo para realizar la Eco ^{14,18}.
- A la hora de interpretar la radiografía se tendrá en cuenta la complejidad de los pacientes para mantenerse quietos durante la realización de las pruebas.

4.3.1.5. **Paciente que ingresa**

En caso de ingreso, el celador será el encargado de avisar al Servicio de Admisión del traslado del paciente a planta, en Admisión avisarán del traslado al Servicio correspondiente. Tanto si el paciente es trasladado en silla o camilla como si lo hace por su propio pie, se utilizará el pasillo Interno de la Unidad.

En estos casos, será el mismo celador el encargado de llevar al paciente a la unidad específica. Además, ira acompañado del enfermero responsable y los familiares.

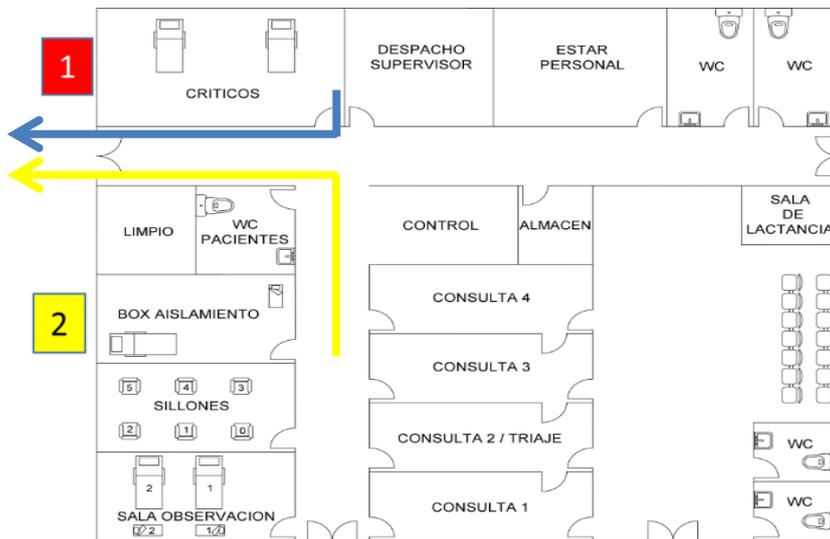


Ilustración 8: Circuito asistencial paciente que ingresa.

- 1** Desde la Unidad de Críticos hasta la Unidad de Pediatría o UCI Pediátrica
- 2** Desde el Box de Aislamiento hasta la Unidad de Pediatría o UCI Pediátrica

4.3.1.6. Paciente que es dado de alta

Una vez que al paciente se le han realizado las pruebas diagnósticas correspondientes y ha recibido los cuidados de enfermería pertinentes, el pediatra firmará el informe de alta.

El pediatra, en el box de aislamiento, entregará una copia del informe de alta a los familiares y el paciente podrá salir de la unidad a través del pasillo Norte hasta la puerta de salida del Servicio de Urgencias de Adultos.

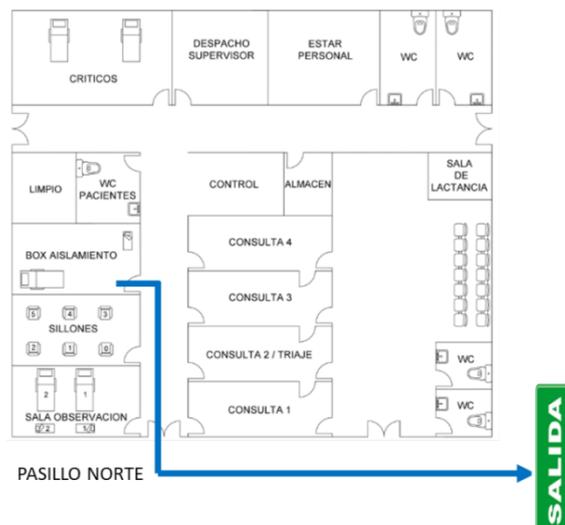


Ilustración 9: Circuito asistencial paciente que es dado de alta.

4.3.2. Algoritmo de actuación en el Servicio de Urgencias Pediátricas en pacientes con TEA

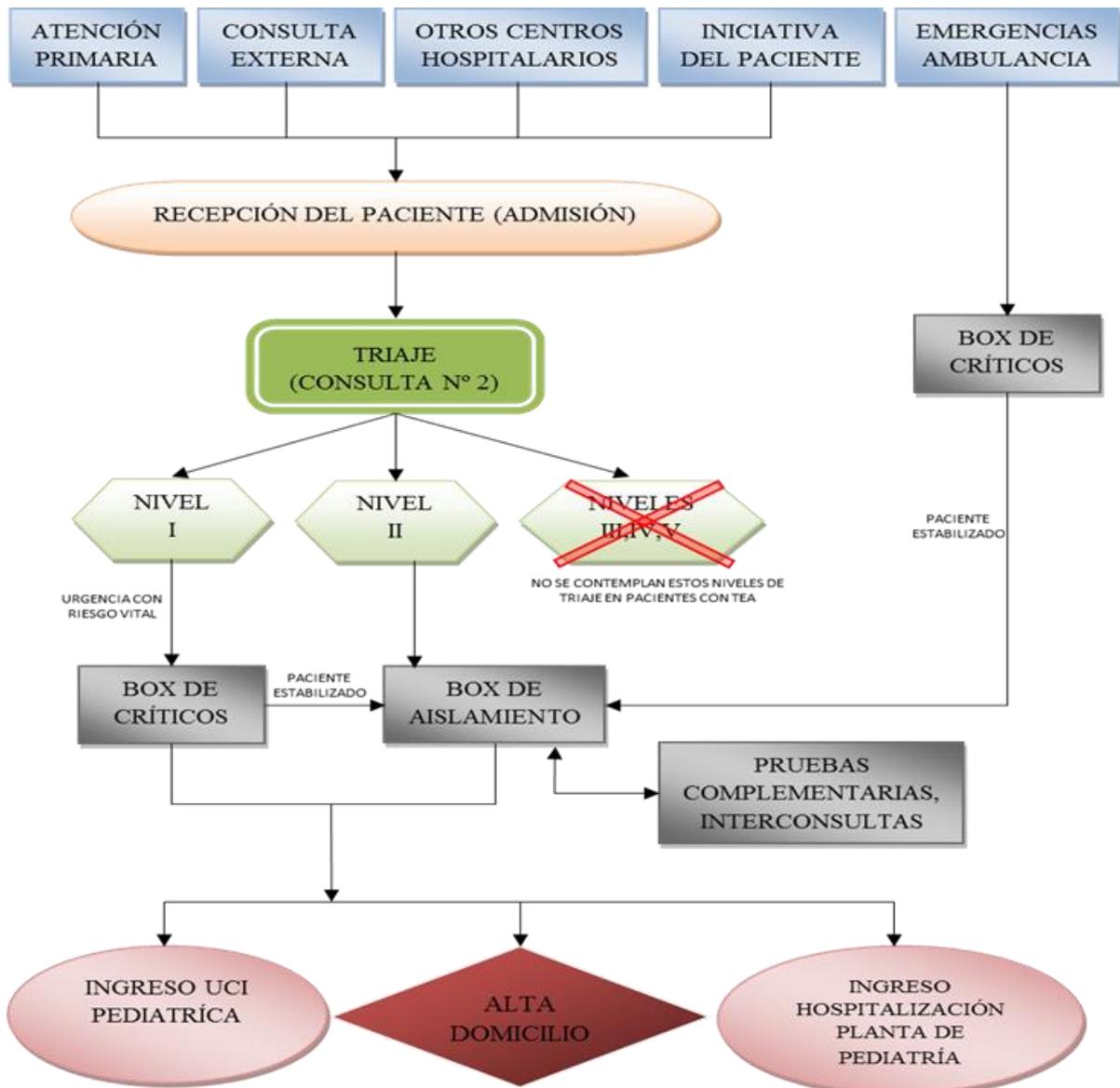


Ilustración 10: Actuación en el servicio de urgencias pediátricas en pacientes con TEA

5. Futuras líneas de investigación

La aplicación de este protocolo abrirá la posibilidad a nuevas líneas de investigación sobre cuáles serían las actividades de enfermería adecuadas para llevar a cabo una actuación de forma protocolizada.

Sería práctico realizar una guía audiovisual en la que se muestre el recorrido del paciente ordinario desde la recepción del paciente hasta su posterior alta, simulando las diferentes actuaciones sanitarias. Esta guía audiovisual podría servir para que los

pacientes se familiaricen con las instalaciones y con el instrumental sanitario antes de acudir al servicio de Urgencias.

El objetivo a largo plazo sería que todas las unidades hospitalarias implantaran sistemas de formación para todo el personal sanitario y personal de nueva incorporación, y así, establecer protocolos de actuación para pacientes con TEA, debido a que existen diferencias entre los cuidados que se realizan en cada uno de ellos, y además se facilitaría la accesibilidad y la integración al sistema sanitario de las personas con TEA.

6. Conclusiones

El TEA es un tema desconocido para la población española en general. La bibliografía existente es escasa, además, no existen datos oficiales de prevalencia e incidencia a nivel nacional y su etiología es de origen idiopática.

Debido a que existe un escaso conocimiento por parte del personal sanitario sobre las características que presentan los pacientes con TEA y sobre la forma de llevar a cabo una actuación eficaz mediante el uso de técnicas y pictogramas para este tipo de pacientes, es conveniente aplicar este protocolo que además de afianzar el conocimiento de estas actuaciones, permite llevar a cabo una actuación de forma protocolizada. Además, es muy importante conocer los principales signos de alerta para detectar de forma precoz el trastorno, ya que las alteraciones que afectan al desarrollo normal del niño son muy variables en función del nivel de gravedad que presente. Por ello, la detección y diagnóstico precoz del TEA supone el primer paso para garantizar la calidad de vida del paciente.

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios constituyen uno de los puntos básicos de atención sanitaria de la población por lo que es necesario disponer de una organización adecuada, con zonas habilitadas y delimitadas para proporcionar una correcta actuación al paciente con TEA.

7. Bibliografía

1. España CA. Autismo España. [Internet]; 2014 [citado 28 Diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.autismo.org.es/>.
2. Infantil A. Información sobre autismo infantil. [Internet]; 2017 [citado 3 Enero 2017]. Disponible en: <https://autismoinfantil.org/>.
3. Hernández Rivero O, Risquet Águila D, León Álvarez M. Algunas reflexiones sobre el autismo infantil. *Medicentro Electrónica*. 2015 Julio; 19(3).
4. Lara JGd. El autismo. Historia y clasificaciones. *Salud Mental*. 2012 Mayo; 35(3).
5. Rivera FB. Breve Revisión Histórica del Autismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2007 Enero; 27(2).
6. Iudicibus LLD. Trastornos Generalizados del Desarrollo. *Clínica Neuropsiquiátrica*. 2011 Junio; 17(1).
7. Sanz CA. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica*. Madrid: Agencia Laín Entralgo, Ciencia e Innovación; 2010. Informe: ISBN: 978-84-451-3244-9.
8. Jiménez AL. Trastornos del Neurodesarrollo. Manual. Madrid: Centro Documentación de Estudios y Oposiciones, Psicología Clínica Infantil; 2013. Informe: ISBN: 978-84-15542-13-1.
9. Galicia FA. Autismo Galicia. [Internet].; 2017 [citado 3 Enero 2017]. Disponible en: <http://www.autismogalicia.org/>.
10. Kaneshiro NK. Medline. [Internet].; 2015 [citado 10 Enero 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001526.htm>.
11. Ministerio de Sanidad SSeI. Estrategia Española en Trastorno del Espectro del Autismo. [Internet]; 2017 [citado 14 Enero 2017]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/informacion/estrategiaEspanolaAutismo.htm>.
12. Abad Sanz C, Artigás Pallares J, Bohórquez Ballesteros DM, Canal Bedia R, Díez Cuervo Á, Dorado Siles MI, et al. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. *Guía de práctica clínica*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, Sanidad y Política Social; 2009. Informe: ISBN: 477-09-052-8.
13. Autismo CEd. Fespau. [Internet]; 2012 [citado 26 Diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.fespau.es/>.

14. Cordova TJ. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V. Guía de consulta. Arlington: American Psychiatric Association, Psiquiatría; 2013. Informe: ISBN: 978-0-89042-551-0.
15. Hernández JM, Artigas Pallarés J, Martos Pérez J, Palacios Antón S, Fuentes Biggi J. Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. Guía. Madrid: Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista, Neurología; 2005.
16. Pediatrics AAo. Healthychildren. [Internet].; 2016 [citado 12 Enero 2017]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/Autism/Paginas/Early-Signs-of-Autism-Spectrum-Disorders.aspx>.
17. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Protocolo Clínico para el Diagnóstico, Tratamiento y Ruta de Atención Integral de niños y niñas con Trastornos del Espectro Autista. Protocolo clínico. Cartagena (Colombia): Minsalud, Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.
18. Candel Gil I, Garrido Gil CF, Herrero Navarro JM, Leal Baeza MdM, Navarro Barba J, Tortosa Nicolás F. Protocolo de Coordinación de las Actuaciones Educativas y Sanitarias para la Detección e Intervención temprana en los Trastornos del Espectro Autista (TEA). Protocolo de actuación. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social, Sanidad y Política Social; 2012. Informe: ISBN: 978-84-96994-80-5.
19. Merino Martínez M, Esteban Heras N, Simón Rodríguez A, Martín López L, Cuesta Gómez JL. Guía de actuación en Urgencias para personas con autismo. Guía de actuación. Burgos: Federación Autismo Castilla y León, Sanidad; 2015. Informe: ISBN: 978-84-692-3223-1.
20. Parellada M, Romo J, Boada L, Moreno C, Llorente C, Dorado ML. Programa de Atención Médica integral para pacientes con Trastorno del Espectro Autista (AMI-TEA). Memoria. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Salud; 2012.
21. Jiménez Alés R, Pons Tubío A, Benítez Martín J, García Túnez P, Lazo Bastanero L, Martín Rodríguez Carmen. Trastornos del Espectro Autista. Guía de actuación. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2011. Informe: ISBN: 978-84-693-0783-0.

8. Anexos

8.1. Anexo I: Sistema de Triage Español (SET)

Tabla 1. Sistema de triaje español (SET).

NIVEL	CARACTERÍSTICAS	TIEMPO DE ATENCIÓN
I	Pacientes que requieren resucitación con riesgo vital inmediato. Pasan directamente a Vigilancia.	ATENCIÓN INMEDIATA
II	Situaciones de emergencia con riesgo vital tiempo dependiente PACIENTE CON TEA	MENOS DE 15 MINUTOS
III	Situaciones urgentes, riesgo potencial. Requieren múltiples exploraciones.	MENOS DE 30 MINUTOS
IV	Situaciones poco urgentes, pero potencialmente serias o complejas	MENOS DE 60 MINUTOS
V	Situaciones NO urgentes, Atención Primaria.	120 MINUTOS

8.2. Anexo II: Criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista según la clasificación DSM-V

- Déficit persistentes en comunicación social e interacción social a lo largo de múltiples contextos, según se manifiestan en los siguientes síntomas, actuales o pasados (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos, ver texto):

1. Déficit en reciprocidad socio-emocional; rango de comportamientos que, por ejemplo, van desde mostrar acercamientos sociales inusuales y problemas para mantener el flujo de ida y vuelta normal de las conversaciones; a una disposición reducida por compartir intereses, emociones y afecto; a un fallo para iniciar la interacción social o responder a ella.

2. Déficit en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social; rango de comportamientos que, por ejemplo, van desde mostrar dificultad para integrar conductas comunicativas verbales y no verbales; a anomalías en el contacto visual y el lenguaje corporal o déficit en la comprensión y uso de gestos; a una falta total de expresividad emocional o de comunicación no verbal.

3. Déficit para desarrollar, mantener y comprender relaciones; rango de comportamientos que van, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento para encajar en diferentes contextos sociales; a dificultades para compartir juegos de ficción o hacer amigos; hasta una ausencia aparente de interés en la gente.

Especificar la severidad actual:

La severidad se basa en la alteración social y comunicativa y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos.

- Patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses, que se manifiestan en, al menos dos de los siguientes síntomas, actuales o pasados.

1. Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos (ejs., movimientos motores estereotipados simples, alinear objetos, dar vueltas a objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

2. Insistencia en la igualdad, adherencia inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado (ejs., malestar extremo ante pequeños cambios, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales para saludar, necesidad de seguir siempre el mismo camino o comer siempre lo mismo).

3. Intereses altamente restringidos, obsesivos, que son anormales por su intensidad o su foco (ejs., apego excesivo o preocupación excesiva con objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

4. Hiper- o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno (ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación por las luces u objetos que giran).

Especificar la severidad actual:

La severidad se basa en la alteración social y comunicativa y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos.

- Los síntomas deben estar presentes en el período de desarrollo temprano (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño, o pueden verse enmascaradas en momentos posteriores de la vida por habilidades aprendidas).
- Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas a nivel social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento actual.
- Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro de autismo con frecuencia coocurren; para hacer un diagnóstico de comorbilidad de trastorno del espectro de autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social debe estar por debajo de lo esperado en función del nivel general de desarrollo.

Nota: Los individuos con un diagnóstico DSM-IV bien establecido de trastorno autista, síndrome de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado, deben recibir el diagnóstico de trastorno del espectro de autismo.

Los individuos que tienen marcados déficits en comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios para el trastorno de espectro de autismo, deberán ser evaluados para el trastorno de comunicación social (pragmática).

Especificar si:

- Se acompaña o no de discapacidad intelectual.
- Se acompaña o no de un trastorno del lenguaje.
- Se asocia con una condición médica o genética o con un factor ambiental conocido (Nota de codificación: use un código adicional para identificar la condición médica o genética).
- Se asocia con otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento (Nota de codificación: use otro(s) código(s) adicional(es) para identificar el trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento asociado).

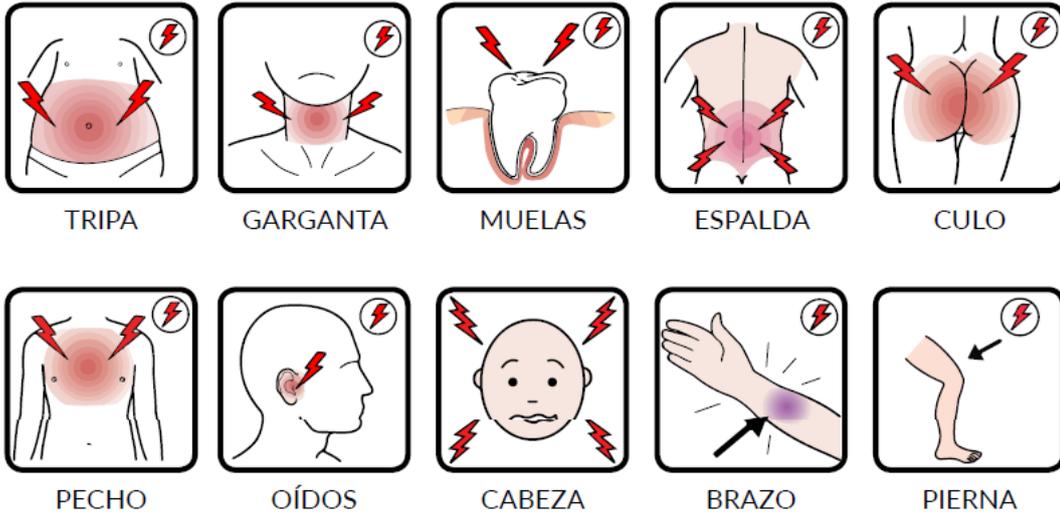
8.3. Anexo III: Cuaderno de ayudas visuales de la Federación de autismo de Valladolid

¿A QUIÉN ESTA DESTINADO ESTE CUADERNO DE AYUDAS VISUALES?	¿CÓMO USAR EL CUADERNO DE AYUDAS VISUALES?	OTRAS RECOMENDACIONES PARA EL PERSONAL SANITARIO
<p>1 Este material se dirige al personal médico y de enfermería de los Servicios de Urgencias.</p> 	<p>1 Señale primero, al tiempo que dice en voz alta, el significado de cada pictograma para facilitar al paciente su comprensión.</p> <p>2 Dirijase a la personas con TEA, siguiendo esta secuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pregunte dónde está el dolor o qué síntomas tiene. ✓ Indique si se tiene que desvestir. ✓ Anticipe dónde le va a tocar y qué instrumentos va a utilizar. ✓ Explique qué pruebas le van a realizar. ✓ Indique el tratamiento adecuado. ✓ Felicite y muestre un premio al final de cada parte del proceso o a la terminación de la visita a Urgencias.  	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Considere la atención a la personas con TEA como una prioridad. Evite las esperas. ✓ Permita a los acompañantes estar con la personas con TEA. ✓ Apóyese en las explicaciones de los acompañantes, especialmente cuando la persona con TEA esté nerviosa. ✓ No hable mucho. Utilice un tono suave y lenguaje sencillo. ✓ Evite cambios en el personal y en la ubicación. ✓ Disminuya luces y ruidos. ✓ Evite repetir pruebas. ✓ Evite el contacto físico, si es posible. ✓ Asegúrese de que el profesional que recibe a la persona con TEA (si se pide valoración a otros especialistas o en caso de ingreso), conoce la misma información que usted ya tiene de ella. <p>1 La implicación y actitud del personal sanitario es imprescindible para facilitar el acceso a las personas con TEA a los servicios de urgencias.</p> 
<p>¿POR QUÉ LAS PERSONAS CON TEA NECESITAN UNA ATENCIÓN ESPECIAL?</p>		
<p>1 Las personas con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) en el entorno sanitario pueden presentar dificultades para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar síntomas, intensidad del dolor o tiempo transcurrido desde su aparición. ✓ Comprender la intervención médica. ✓ Entender las instrucciones del personal sanitario. 		
<p>¿POR QUÉ LAS PERSONAS CON TEA UTILIZAN CUADERNOS DE AYUDAS VISUALES?</p>		
<p>1 Las personas con TEA son "pensadoras visuales".</p> <p>1 Este cuaderno de pictogramas servirá al profesional sanitario para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entender qué le pasa a la persona con TEA. ✓ Anticipar a la persona con TEA los pasos que se van a dar y lo que se espera de ella. 		

Ilustración 11: Recomendaciones cuaderno de ayudas visuales de la Federación de Autismo de Valladolid

8.4. Anexo IV: Pictogramas ARASAAC

DOLOR



SÍNTOMAS



EXPLORACIÓN



SILENCIO



ESPERA



ENFERMERA



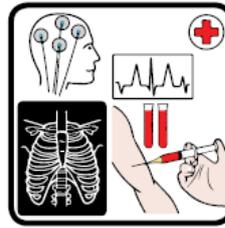
MÉDICO



CAMILLA



DESVESTIR



PRUEBAS

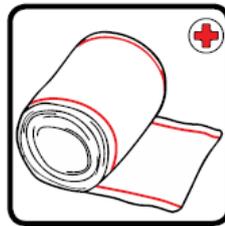


VESTIRSE

INSTRUMENTOS



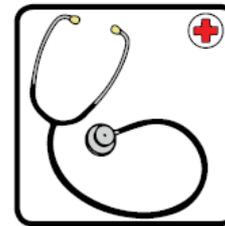
OTOSCOPIO



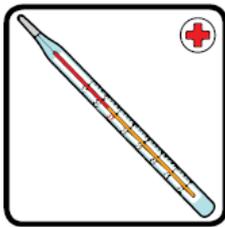
VENDA



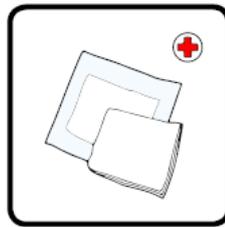
GUANTES



FONENDOSCOPIO



TERMÓMETRO



ALGODÓN

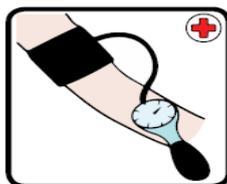
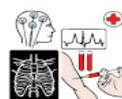


JERINGUILLA

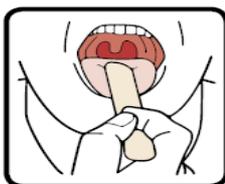


SILLA DE RUEDAS

PRUEBAS



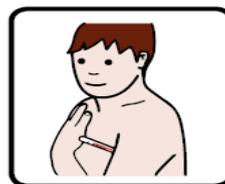
TOMAR TENSIÓN



ABRIR BOCA



AUSCULTAR



PONER TERMÓMETRO



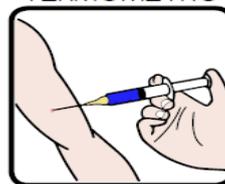
RADIOGRAFÍA



TOCAR

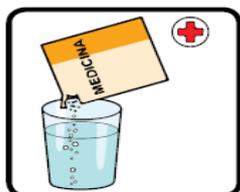


ANÁLISIS ORINA

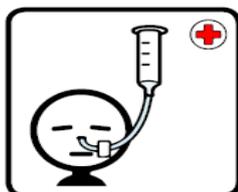


INYECCIÓN

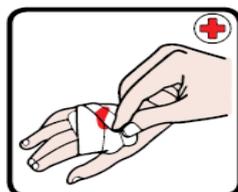
TRATAMIENTOS



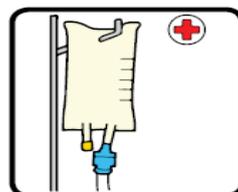
MEDICINAS



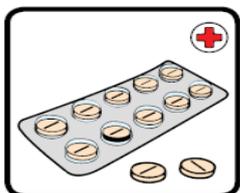
SONDA



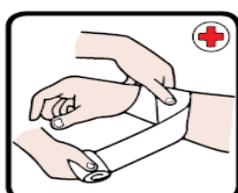
CURA



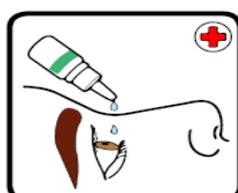
SUERO



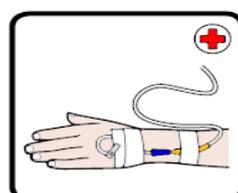
PASTILLAS



VENDAJE



LIMPIAR OJO



PONER VÍA

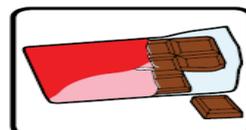
RECOMPENSAS



APERITIVOS



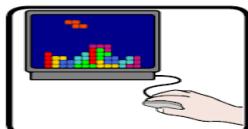
REFRESCO



CHOCOLATE



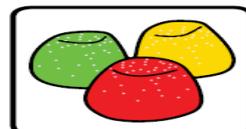
JUGAR



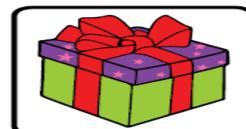
ORDENADOR



PELÍCULAS



GOMINOLAS



PREMIO

Ilustración 12: Pictogramas ARASAAC