



Viernes 1 de febrero de 2013

Seminario:

¿Qué cuentan las guías de práctica clínica que yo no tengo tiempo de leer?

Moderadora:

Mercedes Fernández Rodríguez
Pediatra. CS Potes. Madrid.

Ponentes/monitores:

- **Eduardo Ortega Páez**
Pediatra. UGC Maracena. Granada.
- **Pedro Martín Muñoz**
Pediatra. UGC La Plata/Palmete. Sevilla.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Martín Muñoz P, Ortega Páez E, Barroso Espadero D, Fernández Rodríguez M, Orejón de Luna G, Ruiz-Canela Cáceres J. ¿Qué cuentan las guías de práctica clínica que yo no tengo tiempo de leer? En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2013. Madrid: Exlibris Ediciones; 2013. p. 105-15.

¿Qué cuentan las guías de práctica clínica que yo no tengo tiempo de leer?

Pedro Martín Muñoz

Pediatra. UGC La Plata/Palmete. Sevilla.
pedromartinm@telefonica.net

Eduardo Ortega Páez

Pediatra. UGC Maracena. Granada.

Domingo Barroso Espadero

Pediatra. EAP La Mejostilla. Cáceres.

Mercedes Fernández Rodríguez

Pediatra. EAP Potes. Madrid.

Gloria Orejón de Luna

Pediatra. EAP General Ricardos. Madrid.

Juan Ruiz-Canela Cáceres

Pediatra. UGC Virgen de África. Sevilla.

RESUMEN

Las guías de práctica clínica se han convertido en un instrumento importante para la asistencia médica basada en la evidencia. Sin embargo, muchas de las directrices elaboradas tienen importantes limitaciones, si su calidad metodológica es pobre, si están fuera de fecha, si son parciales o si exigen un nivel de atención que no esté disponible. El objetivo de esta revisión es identificar guías sobre problemas prevalentes publicadas en los últimos años, seleccionar los documentos de acuerdo a criterios predefinidos, evaluar por pares su calidad metodológica utilizando el instrumento AGREE (The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) en español y comparar las recomendaciones de las diferentes directrices para algunas patologías prevalentes. En concreto, se han revisado: alergia alimentaria, estreñimiento y trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños.

Entre los resultados obtenidos, cabe mencionar la necesidad de conocer la definición y los criterios diagnósticos de cada patología, así como destacar la importancia en Atención Primaria de una correcta historia clínica. Corresponde igualmente al primer nivel de atención determinar qué pruebas complementarias se deben realizar inicialmente, qué tratamiento disponible es el más adecuado y cuándo es necesario derivar al especialista hospitalario.

INTRODUCCIÓN

En el proceso de la asistencia clínica, el médico tiene que valorar diariamente situaciones en las que, tras conocer unos datos obtenidos por la historia clínica, debe plantearse cual es la exploración física adecuada, si hay alguna prueba diagnóstica que debería solicitar para confirmar la sospecha inicial o qué tratamiento es mejor instaurar:

La toma de decisiones debe contemplar igualmente las preferencias del paciente y su integración en el marco de circunstancias externas y relacionadas con el profesional que realiza la asistencia. Todo ello origina que, frente a pacientes con patologías similares, las decisiones de los clínicos puedan ser muy variables. Si se analizan las causas de esta variabilidad, hay varios factores implicados dependientes de las diferencias de salud entre las poblaciones o en el uso adecuado de los recursos, pero cada vez se revela como un elemento más destacado el papel del profesional sanitario.

¿Por qué se actúa de forma tan variable en una época donde hay tantas facilidades para el acceso a la información?¹ A veces no se busca ampliar conocimientos, porque no existe duda en la práctica clínica y simplemente se trabaja como siempre, a pesar de existir datos que avalan nuevas alternativas. En otras ocasiones, aparecen barreras como el exceso de información con gran producción científica de diferente calidad, la escasez de tiempo disponible para estas actividades o la inseguridad a la hora de seleccionar la mejor fuente donde basar su respuesta. En este marco son necesarios documentos de actuación que permitan que el clínico actúe con las mejores pruebas conocidas, como las guías de práctica clínica (GPC).

Las GPC son un conjunto de "recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica" (Guía Salud)². Pueden ayudar a reducir la variabilidad y mejorar

la práctica clínica. En una reciente definición del Institute of Medicine (IOM, 2011), "las GPC son declaraciones que incluyen recomendaciones dirigidas a optimizar la atención a los pacientes y que se basan en la revisión sistemática de la evidencia y la valoración de los beneficios y los riesgos de las opciones asistenciales alternativas".

Sin embargo, la selección de GPC también presenta limitaciones, y aunque la producción es muy inferior a la de los artículos originales, sigue resultando elevada y de calidad variable. Por ello, se ha hecho necesario el desarrollo de instrumentos de evaluación que permitan discriminar qué GPC son de calidad, favorecer su creación según unos estándares de calidad y en definitiva ayudar a separar el grano de la paja^{3,4}.

En el año 2003 entre un grupo de investigadores y elaboradores de GPC, surgió la colaboración AGREE⁵ (The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) para valorar la calidad de las GPC. Esta colaboración definió la calidad de las guías como *la confianza en que los sesgos potenciales del desarrollo de guías han sido resueltos de forma adecuada y en que las recomendaciones son válidas tanto interna como externamente y son aplicables a la práctica*. Se desarrolló una herramienta que fue validada y mejorada, publicándose en el 2009 una nueva adaptación: AGREE II con una versión en español. Los objetivos de AGREE II son:

1. Evaluar la calidad de las GPC.
2. Proporcionar una estrategia metodológica para el desarrollo de guías.
3. Establecer qué información y cómo debe ser presentada en las guías.

La herramienta AGREE II se puede aplicar tanto a GPC locales como nacionales, en guías originales o en ediciones revisadas. El ámbito incluye la salud pública, guías sobre enfermedades, aspectos sobre diagnóstico, tratamiento, pronóstico o cribado. AGREE II no ha sido evaluado en la valoración de nuevas tecnologías sanitarias.

La herramienta puede ser utilizada por proveedores de cuidados de salud antes de incorporar sus recomendaciones, por elaboradores de GPC tanto para la evaluación interna como para la evaluación externa de otra guía, por gestores y responsables en política de salud y educadores que quieran diseminar los conocimientos de evaluación crítica y de desarrollo de guías entre los profesionales.

Aunque otros organismos como IOM han desarrollado herramientas de evaluación, seleccionamos AGREE II por ser un instrumento validado, con más tiempo de implantación y por tener una versión en español.

OBJETIVOS

El objetivo de este seminario es identificar GPC recientes sobre condiciones prevalentes y relacionadas con la competencia del pediatra de Atención Primaria, seleccionar los documentos según criterios predefinidos, evaluar la calidad metodológica (instrumento AGREE) y comparar las recomendaciones para dichas patologías.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda inicial de GPC publicadas durante el periodo 2010 hasta octubre 2012 en el ámbito de la patología prevalente de la población menor de 18 años. Se realizó una selección de guías clínicas, así como de revisiones sistemáticas. De la búsqueda inicial se seleccionaron, por consenso del grupo de trabajo, las GPC de los temas que se consideraron de mayor interés en el ámbito de Atención Primaria, en una segunda fase y por votación se eligieron tres patologías: alergia alimentaria, estreñimiento y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Se localizaron los documentos y se compararon por pares utilizando el instrumento AGREE en español para valorar su calidad metodológica.

La estrategia de búsqueda incluyó la consulta de bases de datos electrónicas de organismos compiladores, tanto nacionales como internacionales: National Guideline Clearinghouse (www.guideline.gov), PubMed ([\[pubmed.gov\]\(http://pubmed.gov\)\), Center for Reviews and Dissemination of the University of York \(\[www.crd.york.ac.uk\]\(http://www.crd.york.ac.uk\)\), Canada's Database of Clinical Practice Guidelines \(\[www.cma.ca/index.php/ci_id/54316/la_id/1.htm\]\(http://www.cma.ca/index.php/ci_id/54316/la_id/1.htm\)\), Trip \(\[www.tripdatabase.com\]\(http://www.tripdatabase.com\)\), Guidelines International Network \(<http://www.g-i-n.net/>\), GuiaSalud \(\[www.guiasalud.es\]\(http://www.guiasalud.es\)\). Igualmente, fueron consultadas las Webs de las principales instituciones elaboradoras de guías: National Institute for Health and Clinical Excellence \(NICE\) \(<http://guidance.nice.org.uk>\), Scottish Intercollegiate Guidelines Network \(SIGN\) \(\[www.sign.ac.uk\]\(http://www.sign.ac.uk\)\), New Zealand Guidelines Group \(<http://www.nzgg.org.nz>\), the National Health and Medical Research Council in Australia \(\[www.nhmrc.gov.au/guidelines\]\(http://www.nhmrc.gov.au/guidelines\)\), Institute for Clinical Systems Improvements \(\[www.icsi.org/\]\(http://www.icsi.org/\)\).](http://www.</p></div><div data-bbox=)

En AGREE II se valoran 23 ítems englobados en seis dominios de la calidad (alcance y objetivos, participación de los implicados, rigor en la elaboración, claridad y presentación, aplicabilidad e independencia editorial). Se establecen unas puntuaciones para cada dominio con una serie de consideraciones que ayudan a la evaluación. La puntuación final se estandariza expresándose en porcentaje de la máxima puntuación posible para ese dominio. Las puntuaciones por dominio no se suman, por tanto no se obtiene una puntuación total, aunque existe un apartado donde se hace una valoración, aunque subjetiva, de la calidad global de la guía. Al menos deben existir dos evaluadores para revisar cada documento, aunque el óptimo sería cuatro.

RESULTADOS

Alergia alimentaria

Una de las guías seleccionadas fue la **GPC sobre alergia alimentaria de NICE**⁶ (*Food allergy in children and young people. Diagnosis and assessment of food allergy in children and young people in primary care and community settings*). Antes de su valoración, se realizó una nueva búsqueda en bases de datos primarias, de otras GPC sobre el mismo tema no identificadas en la selección inicial. La estrategia de búsqueda, la fecha y los descriptores empleados fueron:

- Embase: 'food allergy' AND [2011-2013]/py AND 'guidelines as topic'/exp OR 'guidelines as topic' AND 'child'/exp OR child AND [2011-2013]/py.
- PubMed: "Food Hypersensitivity"[Mesh] AND ("2011/01/01"[PDAT]:"2012/12/31"[PDAT]) AND Practice Guideline[ptyp]).

De los 57 resultados en Embase se excluyeron los estudios que no eran GPC o no se relacionaban con el tema específico. De las GPC preseleccionadas se descartaron algunas por el idioma o por la falta de acceso al texto original. La búsqueda en PubMed no ofreció resultados nuevos. Finalmente se seleccionó la GPC de NIAID⁷.

Los resultados obtenidos tras el análisis de los 23 criterios fueron superiores en la GPC de NICE. La puntuación alcanzada por la GPC de NICE fue superior al 90% en tres de los seis dominios, destacando en la definición del alcance y objetivos, la participación de los implicados y la claridad de la presentación. La valoración global de NICE también fue superior (seis sobre siete) y por ello fue seleccionada para ofrecer el resumen de sus recomendaciones (tabla 1).

Resumen de recomendaciones. Guía alergia alimentaria NICE 2011

Resumen esquemático (es necesaria la consulta del documento original):

1. Valoración de la existencia de alergia centrada en la historia clínica:

Se debe considerar la posibilidad de alergia alimentaria (AA) en niños y jóvenes que presenten:

- 1.b. Uno o más de los signos y síntomas descritos en la guía con particular atención a los síntomas persistentes que involucran a diferentes órganos o sistemas.
- 2.b. Enfermedad de base como dermatitis atópica, reflujo gastroesofágico o trastornos gastrointestinales (GI) crónicos que no responden adecuadamente al tratamiento.

Si se sospecha AA por parte de los pacientes o padres se debe realizar una historia clínica orientada y centrada en los antecedentes familiares y personales de enfermedad atópica y los datos clínicos relacionados con el alimento sospechoso. La exploración física se debe orientar a la presencia de posible enfermedad atópica o malnutrición.

2. Diagnóstico: se orienta a la presencia de alergia mediada por IgE (AAIE) o no mediada por IgE, en el primer caso los síntomas suelen ser de instauración aguda y en el segundo no.

Si se sospecha AAIE se debe ofertar la posibilidad de realizar una prueba diagnóstica: prick test y/o

Tabla 1. Puntuación aplicando la herramienta AGREE en las guías de alergia alimentaria

Dominio	Puntuación GPC NICE	Puntuación GPC NIAID
1. Alcance y objetivo	97,2%	69,4%
2. Participación de los implicados	94,4%	66,7%
3. Rigor en la elaboración	87,5%	54,1%
4. Claridad de presentación	94,4%	69,4%
5. Aplicabilidad	85,40%	20,8%
6. Independencia editorial	87,5%	79,2%
Calidad global sobre 7 (dos evaluadores)	6 y 6	4 y 5
GPC recomendable	Sí	Sí con modificaciones

determinaciones séricas de IgE específica para el alimento sospechoso.

La decisión se debe basar en la posibilidad de realizar las pruebas por profesionales capacitados y en condiciones de evitar las posibles reacciones adversas del prick test. No se recomienda en el ámbito comunitario el empleo de parches dérmicos para el diagnóstico ni pruebas con alimentos para diagnosticar la AAIE.

Si se sospecha AANIE se puede eliminar el alimento sospechoso durante dos a seis semanas y después realizar la reintroducción. Aconsejan la consulta con un dietista.

Se debe ofrecer información amplia a los pacientes y familiares sobre la sospecha diagnóstica, la derivación a un segundo nivel para confirmar la sospecha, la conducta frente al alimento implicado con el cambio o la posible reintroducción, las pruebas diagnósticas disponibles y en el caso de la evitación del alérgeno sospechoso, orientación sobre alimentos que deben ser evitados.

3. Se recomienda **derivar a un segundo nivel** si hay retraso del crecimiento asociado a síntomas GI, no hay respuesta a la dieta de eliminación, ante la presencia de una o más reacciones agudas sistémicas o graves de tipo retardado, ante AAIE comprobada y asma o si ante DA se sospecha reacción AA múltiple o cruzada. También se debe plantear ante la sospecha de los padres, ante pruebas alérgicas negativas o alergias múltiples.
4. **No se recomiendan algunas pruebas** como análisis del pelo o la determinación de IgG.

Estreñimiento

Las recomendaciones aquí ofrecidas tienen como primer referente la guía de práctica clínica "Diagnosis and management of idiopathic childhood constipation in primary and secondary care. 2010"⁹ del NICE del Reino Unido y

el Evidence Update de 2012 (sumario de nuevas evidencias relevantes recuperadas tras la búsqueda para la guía, hasta el 3 febrero de 2012)¹⁰, aunque también se basa en nuevas publicaciones y otros protocolos de sociedades científicas^{10,11}. Los resultados de la evaluación de esta guía se muestran en la (tabla 2).

El estreñimiento supone hasta el 3-5% de visitas al pediatra. Su prevalencia en niños oscila, según fuentes, entre el 0,7% y el 29,6% (media 12%). Solo un 5% de los casos es secundario y tiene su origen en causas orgánicas o estructurales: problemas neurológicos y de la motilidad, causas metabólicas, causas inmunológicas y hormonales, yatrogenia (medicamentos), problemas anatómicos y psicógenos.

El estreñimiento es un concepto eminentemente clínico, cuya definición no se circunscribe solo a la frecuencia de las deposiciones (en menores de cuatro años el patrón defecatorio normal es muy variable). Son diversas las definiciones de estreñimiento: ROMA III [que abarca el estreñimiento funcional y la retención fecal funcional]/BOSTON/Definición de estreñimiento crónico del grupo PACCT 2005). Una definición práctica de estreñimiento crónico podría ser la siguiente: retraso o dificultad en la defecación que está presente durante al menos dos semanas y que tiene la intensidad suficiente como para provocar un malestar significativo en el paciente.

Tabla 2. Puntuación aplicando la herramienta AGREE en la guía de estreñimiento

Dominio	Puntuación
1. Alcance y objetivo	78%
2. Participación de los implicados	61%
3. Rigor en la elaboración	69%
4. Claridad de presentación	46%
5. Aplicabilidad	40%
6. Independencia editorial	83%
Calidad global sobre 7 (dos evaluadores)	5 y 6
GPC recomendable	Sí con modificaciones

Estreñimiento crónico idiopático, o funcional es un término bajo el que se agrupa un amplio grupo de alteraciones diversas, que se asocian con dificultad persistente para la deposición, emisión incompleta de heces y frecuencia de deposiciones muy baja, sin evidencia de ninguna explicación basada en alteración estructural o bioquímica. Su elemento fisiopatológico principal lo constituye la retención fecal. La presentación clínica más frecuente, es el niño con buen estado nutricional, sin distensión abdominal, que presenta estreñimiento después de un tiempo con tránsito normal. Esto nos hará pensar en un estreñimiento funcional.

En la GPC NICE 2012, se establece el diagnóstico de estreñimiento funcional definiendo criterios (diferenciados para niños <1 año o de más edad) relacionados con:

- La historia clínica: patrones de heces referidos, síntomas asociados a la defecación, episodios previos de estreñimiento, momento del inicio del estreñimiento y potenciales factores precipitadores; momento de expulsión del meconio, dieta, ingesta de líquidos, crecimiento y estado general.
- La exploración física: inspección del área perianal (aspecto, situación, permeabilidad...), exploración abdominal, columna vertebral, región lumbosacra, región glútea, exploración neuromuscular de extremidades inferiores (incluyendo fuerza, tono muscular y reflejos).

Se establecen **alertas rojas** (retraso en la evacuación de meconio, fallo en el crecimiento, distensión abdominal, heces acintadas, anomalías anorrectales, hipotonía, hiporreflexia...) en relación con los puntos anteriores (que impiden el diagnóstico inicial de estreñimiento funcional, y que dan lugar a no iniciar directamente el tratamiento establecido como estándar para el estreñimiento funcional, y realizar estudio con pruebas complementarias orientadas a causas orgánicas. También se establecen alertas de **"semáforo en ámbar"** (crecimiento alterado, factores familiares o sociales, posibilidad de maltrato...), que significan que hay que investigar, aunque lo más probable es que se trate de un estreñimiento funcional,

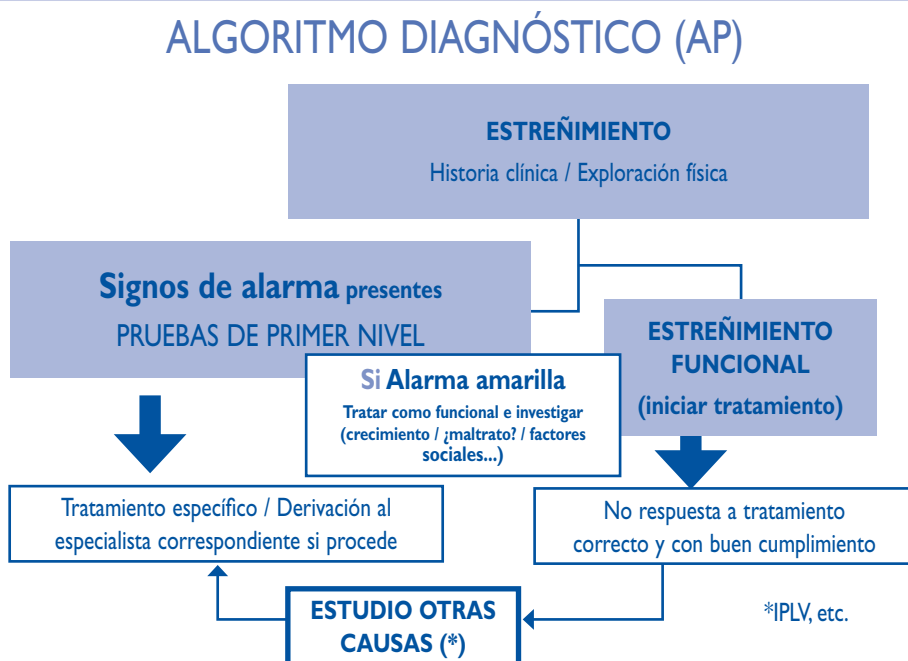
y por lo tanto, se puede iniciar desde el principio el manejo estándar del mismo.

En casos que necesiten estudio con pruebas complementarias (alertas rojas, fracaso del tratamiento tras un diagnóstico inicial de estreñimiento funcional) se establecen **pruebas de primer nivel**, la mayoría de las cuales se pueden realizar desde Atención Primaria (AP), orientadas a descartar causas frecuentes de estreñimiento secundario (hemograma, bioquímica básica, ionograma, calcio, sistemático y sedimento de orina, serología de enfermedad celiaca, función tiroidea, test del sudor). En determinados casos, según el resultado de estas pruebas de primer nivel, o según la sospecha más probable establecida por la evaluación inicial, será necesario remitir a un servicio de gastroenterología infantil (ejemplo, necesidad de descartar enfermedad de Hirschsprung, etc.). No se deben usar pruebas de imagen (ecografía, radiografía simple de abdomen, enema opaco) para realizar un diagnóstico de estreñimiento idiopático. El tacto rectal, se debe realizar de forma sistemática por parte del pediatra (fecalomas en recto, que confirma la retención; tono del esfínter...). En la (figura 1), se muestra un esquema de actuación diagnóstica desde AP.

También se derivarán a una consulta de gastroenterología infantil, aquellos pacientes, inicialmente diagnosticados como de estreñimiento funcional, pero que no responden adecuadamente a un tratamiento correcto, con una cumplimentación adecuada.

Definición de **impactación**: retención fecal acumulada, fundamentalmente en rectosigma. En muchas ocasiones, será la forma de presentación clínica del estreñimiento funcional. Hallazgos en la anamnesis, como la encopresis, o de la exploración (puesta de manifiesto por tacto rectal, o por palpación abdominal de masas fecales) permiten establecer su existencia. Su presencia hará necesario una primera etapa de desimpactación en el tratamiento, que puede ser oral, rectal, o combinada. Actualmente, la pauta de desimpactación más utilizada en la mayoría de los niños es la oral con polietilenglicol (PEG). La GPC NICE 2012, recomienda la vía rectal en caso de fracaso de la pauta oral.

Figura 1. Estreñimiento crónico funcional. Algoritmo diagnóstico desde Atención Primaria



La **encopresis**, se puede definir como el escape involuntario de heces en niños mayores de cuatro años, es una complicación frecuente de la retención fecal. Es una forma no infrecuente de presentación.

En el **tratamiento de mantenimiento** se debe usar en primer lugar los laxantes osmóticos y dentro de estos el PEG es el de elección que ha demostrado su seguridad en niños mayores de un año, a dosis según la respuesta clínica, con suspensión paulatina hasta la recuperación del hábito intestinal. Si estos no dan resultado se podrían añadir los estimulantes del peristaltismo (picosulfato sódico, bisacodilo, ducosato) durante un breve espacio de tiempo. No se recomiendan los enemas de fosfato. No existe evidencia de que la toma de probióticos, o el incremento de la ingesta de agua sean efectivos. Existe escasa evidencia sobre la retirada de la leche de la dieta, la utilización de leches antiestreñimiento (AE) (palmitato en posición beta, bajo contenido de lactosa, proteínas parcialmente hidrolizadas, adición de prebióticos) y la ingesta de altas cantidades de fibra de la dieta. El tegaserod (agonista parcial de la serotonina) podría mejorar

modestamente el estreñimiento funcional en niños mayores de 12 años, pero la importancia clínica no queda clara. Otros fármacos de reciente aparición como prucaloprida, lubiprostona y linaclotida han mostrado eficacia solo en el adulto. En estreñimientos refractarios se ha usado la inyección de toxina botulínica intraesfinteriana con buenos resultados incipientes, pero todavía poco valorables.

Puede ser recomendable usar medidas de modificación conductual en tratamiento combinado junto con el uso de laxantes. Las evidencias sobre si esta combinación es más efectiva que los laxantes como única medida terapéutica son discrepantes. Solo un pequeño grupo de pacientes muy concreto se beneficiarán de un abordaje psicoterapéutico más específico, y no se recomienda rutinariamente la derivación al psicólogo infantil de niños con estreñimiento funcional. El *biofeedback* manométrico tampoco es una medida terapéutica de uso rutinario. No existen evidencias de que añada ningún beneficio al tratamiento convencional del estreñimiento y encopresis funcionales infantiles. Este tipo de tratamiento se debe

reservar para niños con estreñimiento crónico de tipo funcional que no responden a las medidas terapéuticas convencionales, y para aquellos pacientes con tránsito normal y anomalías del suelo pélvico.

Existen pocos estudios y muy heterogéneos sobre los factores pronósticos y predictivos de respuesta a largo plazo. En general el 60,6% (36-98,4%) se recuperan entre los 6-12 meses independientemente de los antecedentes familiares positivos, frecuencia de la defecación y uso de laxantes. La evolución es algo mejor en aquellos que son evaluados y seguidos en atención especializada. No existen datos para valorar el pronóstico a largo plazo de la incontinencia fecal. En resumen, no es posible identificar en el momento actual los niños con factores de riesgo o de mala evolución.

Existen escasos datos sobre costes e impacto económico del estreñimiento, pero los pacientes con estreñimiento tienen un coste ambulatorio y del uso de las urgencias médicas significativamente mayor que los que no presentan estreñimiento desde la infancia hasta la edad adulta.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Selección de guías

Tras la búsqueda realizada, fueron seleccionadas para valoración cinco guías internacionales¹²⁻¹⁷ y una de ámbito nacional¹⁸. También se utilizaron como fuentes de información una reciente revisión sistemática¹⁹ y un informe de agencia de evaluación de tecnología sanitaria²⁰, cuyo objetivo era coincidente con el nuestro. Se amplió el periodo de inclusión a documentos del año 2009 debido a la existencia de varias guías de notable calidad en dicha fecha.

Comparación de guías

De los documentos valorados, tan solo uno obtuvo una puntuación baja en el apartado de rigor en la elaboración (figura 2).

DISCUSIÓN

Diagnóstico

Para el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes se recomienda emplear los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR o de la CIE-10 (grado D).

El diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes debe ser clínico, basado en una adecuada historia del mismo, valorando los antecedentes familiares y personales, la información recogida de la escuela, realizando una exploración física y neuropsicológica completa, entrevistas clínicas con los padres/pacientes y excluyendo otras patologías físicas o psiquiátricas (grado D).

Para el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes no están indicadas las pruebas complementarias de laboratorio, de neuroimagen o neurofisiológicas, a menos que la valoración clínica lo justifique (grado B).

Las escalas específicas para el TDAH en niños y adolescentes pueden usarse, de forma complementaria y nunca como sustitutos de la entrevista clínica, para detectar la presencia y evaluar la intensidad de los síntomas (grado C).

Tratamiento

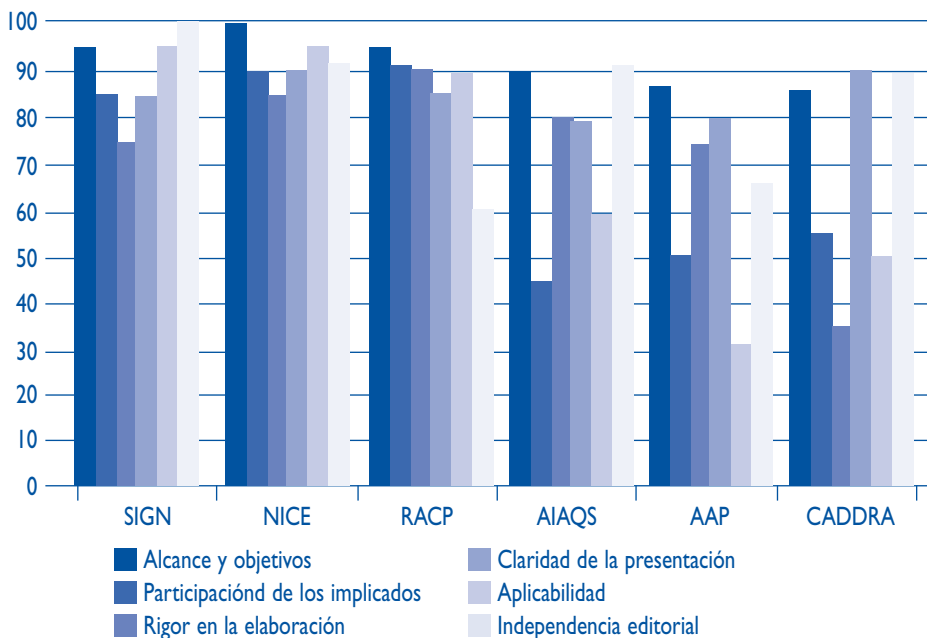
No farmacológico

Se recomienda la aplicación de un programa de entrenamiento conductual para los padres de los niños y adolescentes diagnosticados de TDAH, con o sin comorbilidad (grado B).

Se recomienda (grado D) la terapia cognitivo-conductual como tratamiento inicial para el TDAH en niños y adolescentes en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Los síntomas del TDAH son leves.
- El impacto del TDAH es mínimo.

Figura 2. Puntuación aplicando la herramienta AGREE en las guías de TDAH



AAP: American Academy of Pediatrics; AIAQS: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat de Catalunya; NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; RACP: Royal Australasian College of Physicians; SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; CADDRA: Canadian attention deficit hyperactivity disorder resource alliance.

- Hay una notable discrepancia sobre la frecuencia e intensidad de los síntomas entre los padres, o entre estos y los profesores.
- El diagnóstico del TDAH es incierto.
- Los padres rechazan el empleo de medicación.
- En niños menores de 5 años.

Los niños y adolescentes con TDAH precisan de un programa de intervención individualizado en la escuela que incluya aspectos académicos, sociales y conductuales (grado B).

Farmacológico

Recomendaciones basadas en la evidencia apoyan en la actualidad el uso de psicoestimulantes (metilfenidato)

como terapia de primera línea para los casos de TDAH graves, por su eficacia y seguridad (grado A). La atomoxetina es un fármaco no estimulante que puede ser recomendado como alternativa cuando no hay respuesta o existe intolerancia/contraindicación para el metilfenidato (grado A-B).

No hay suficiente evidencia científica de diferencias significativas entre el metilfenidato de liberación prolongada en comparación con el metilfenidato de liberación inmediata, por lo que su uso debe adaptarse al perfil de síntomas del niño y preferencias de los padres o cuidadores (grado A para niños y B para adolescentes).

En niños y adolescentes con TDAH moderado o grave, se recomienda el tratamiento combinado, que incluye el tratamiento psicológico conductual, el farmacológico y la intervención psicopedagógica en la escuela (grado B).

No existe consenso en relación con la indicación de intervenciones psicosociales.

Seguimiento, controles, duración del tratamiento

El tratamiento farmacológico debe iniciarlo un médico adecuadamente cualificado y experto en el tratamiento del TDAH y sus comorbilidades más frecuentes (grado D).

Antes de iniciar el tratamiento farmacológico se debe realizar un examen físico que incluya medición de la presión arterial, frecuencia cardíaca, peso y talla. Se deben buscar antecedentes personales y familiares de enfermedad cardiovascular, de historia de síncope relacionado con el ejercicio, u otros síntomas cardiovasculares (grado D).

Se recomienda un seguimiento y monitorización periódicos de los posibles efectos adversos del metilfenidato y de la atomoxetina (grado D).

Se recomienda realizar un seguimiento regular del crecimiento de los niños y adolescentes con TDAH, durante el tratamiento farmacológico con metilfenidato y con atomoxetina (grado C).

El tratamiento farmacológico con metilfenidato y atomoxetina para el TDAH de niños y adolescentes debería continuarse en el tiempo mientras demuestre efectividad clínica (grado B).

BIBLIOGRAFÍA

- Molina Arias M. Análisis de las causas de la variabilidad en la práctica médica. *Evid Pediatr.* 2011;7:21.
- Guías de práctica clínica. ¿Qué es una guía de práctica clínica? [en línea] [consultado el 26/10/2012]. Disponible en <http://portal.guiasalud.es/web/guest/guias-practica-clinica>
- Castiñeira Pérez C, Rico Iturioz R, Etxeandia Ikobaltzeta I. Cómo evaluar una Guía de Práctica Clínica [en línea] [revisado el 01/04/2012; consultado el 26/10/2012]. Disponible en <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/mas-sobre-guias/como-evaluar-una-gpc-la-herramienta-agree/>
- The National Academies Press. Clinical Practice Guidelines we can trust. 2011 [en línea] [consultado el 26/10/2012]. Disponible en http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13058
- AGREE Next Steps Consortium (2009). El Instrumento AGREE II versión electrónica [en línea] [consultado el 26/10/2012]. Disponible en www.agreetrust.org; versión en español: www.guiasalud.es
- NICE clinical guideline 116 – Food allergy in children and young people National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). Diagnosis and assessment of food allergy in children and young people in primary care and community settings. London: National Institute for Health and Clinical Excellence [en línea] [consultado el 26/10/2012]. Disponible en www.nice.org.uk/guidance/CG116
- NIAID-Sponsored Expert Panel, Boyce JA, Assa'ad A, Burks AW, Jones SM, Sampson HA, Wood RA, et al. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: report of the NIAID-sponsored expert panel. *J Allergy Clin Immunol.* 2010;126(6 Suppl):S1-58.
- Schneider Chafen JJ, Newberry S, Riedl M, Bravata DM, Maglione MA, Suttrop M, et al. Prevalence, Natural History, Diagnosis, and Treatment of Food Allergy: A Systematic Review of the Evidence. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2010 [en línea] [consultado el 26/10/2012]. Disponible en www.rand.org/pubs/working_papers/WR757-1
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Constipation in children and young people. Diagnosis and management of idiopathic childhood constipation in primary and secondary care-Full Guidance CG99. National Institute for

- Health and Clinical Excellence (NICE) 26 May 2010 [en línea] [consultado el 29/10/2012]. Disponible en www.nice.org.uk/nicemedia/live/12993/48721/48721.pdf
10. NHS Evidence. Constipation in children and young people: Evidence Update 20. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) June 2012 [en línea] [consultado el 29/10/2012]. Disponible en www.evidence.nhs.uk/evidence-update-20
 11. López Rodríguez MJ, Espín Jaime B, Bedate Calderón P. Estreñimiento y encopresis. En: Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición pediátrica. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica, 3.^a ed. Ergón; 2012. p. 253-64.
 12. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people: a national clinical guideline. Edinburgh: The Network; 2009 [en línea] [consultado el 26/10/2012]. Disponible en www.sign.ac.uk/pdf/sign112.pdf
 13. National Collaborating Centre for Mental Health. Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. London: British Psychological Society; 2009 [en línea] [consultado el 26/10/2012]. Disponible en www.nice.org.uk/nicemedia/live/12061/42060/42060.pdf
 14. Royal Australasian College of Physicians. Australian guidelines on attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Sydney: The College; 2009 [en línea] [consultado el 26/10/2012]. Disponible en www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/ch54_draft_guidelines.pdf
 15. National Health and Medical Research Council. Clinical practice points on the diagnosis, assessment and management of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. Commonwealth of Australia. 2012 [en línea] [consultado el 26/10/2012]. Disponible en www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/mh26_adhd_cpp_2012_120903.pdf
 16. Wolraich M, Brown L, Brown RT, DuPaul G, Earls M, Feldman HM, et al. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2011;128:1007-22.
 17. Canadian attention deficit hyperactivity disorder resource alliance (CADDRA): Canadian ADHD practice guidelines. 3rd ed. Toronto: CADDRA; 2011 [en línea] [consultado el 26/10/2012]. Disponible en www.caddra.ca/cms4/pdfs/caddraGuidelines2011.pdf
 18. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18 [en línea] [consultado el 26/10/2012]. Disponible en www.guiasalud.es/egpc/TDAH/completa/index.html
 19. Seixas M, Weiss M, Müller U. Systematic review of national and international guidelines on attention-deficit hyperactivity disorder. *J Psychopharmacol*. 2012;26:753-65.
 20. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH): Summary of Current Evidence. Guidelines and recommendations for ADHD in children and adolescents. October 2011 [en línea] [consultado el 26/10/2012]. Disponible en www.cadth.ca/media/pdf/RC0290_ADHD_Children_Adolescents_overview.pdf