

## INFORME FINAL

***“Revisión Sistemática de la Literatura y Evaluación de los Métodos Diagnósticos, y de la Efectividad y Seguridad de los Tratamientos para Déficit Atencional en Población de 6 a 19 Años”***

**Investigadores: Carolina Girardez y José Luis Calleja  
Metodóloga Jefe y Coordinadora: Gabriela Moreno.  
Directora: Vivienne Bachelet.**

**Santiago, 13 de junio de 2008.**

---

## Tabla de Contenido

1	INTRODUCCIÓN .....	8
2	DESCRIPCIÓN DE LA TECNOLOGÍA A EVALUAR .....	8
3	OBJETIVO GENERAL.....	9
4	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
5	MÉTODOS.....	11
5.1	Búsqueda Bibliográfica.....	11
5.1.1	Fuentes:.....	11
5.1.2	Palabras clave:.....	12
5.1.3	Cobertura temporal de la búsqueda:.....	15
5.1.4	Idiomas:.....	15
5.2	Criterios de Inclusión.....	15
5.3	Criterios de Exclusión .....	16
6	CRITERIOS DE ANÁLISIS CRÍTICO .....	16
7	SÍNTESIS DE RESULTADOS .....	16
8	RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA .....	17
8.1	Revisiones Sistemáticas.....	17
8.1.1	En preguntas de diagnóstico .....	17
8.1.2	En preguntas de tratamiento .....	17
8.2	Estudios Primarios.....	18
8.2.1	En preguntas de diagnóstico .....	18

---

8.2.2	En preguntas de tratamiento: .....	19
8.3	Guías de Práctica Clínica.....	19
9	CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS .....	20
9.1	Preguntas de Diagnóstico.....	20
9.1.3	Tomografía computada .....	22
9.1.4	Imagen de resonancia magnética .....	23
9.1.5	Test de inteligencia .....	23
9.1.6	Práctica médica .....	26
9.2	Preguntas de Tratamiento .....	26
9.2.1	Metilfenidato (MPH) vs placebo .....	26
9.2.2	MPH de larga acción vs de corta acción .....	36
9.2.3	MPH indicado por médicos de APS vs médicos psiquiatras.....	38
9.2.4	Atomexetina (ATX) vs placebo .....	39
9.2.5	ATX vs MPH .....	42
9.2.6	Anfetamina (DEX) vs MPH .....	45
9.2.7	Antidepresivo vs MPH .....	50
9.2.8	Alfa agonistas vs MPH .....	52
9.2.9	MPH + psicoterapia individual vs MPH solo.....	52
9.2.10	MPH + psicoterapia grupal vs MPH solo .....	56
9.2.11	MPH + intervenciones psicosociales vs MPH solo.....	56
9.2.12	MPH + intervenciones del equipo APS y psicosociales vs MPH solo.....	60
9.2.13	Intervenciones psicosociales vs MPH.....	60

---

9.2.14	MPH + terapia familiar vs MPH .....	65
9.2.15	MPH + intervención familiar vs MPH .....	69
9.2.16	Intervenciones preventivas en ambiente familiar y jardín infantil en menores de 6 años vs ningún tipo de intervención preventiva .....	74
9.2.17	Tratamiento integral por médico de APS y psiquiatra o neurólogo/a en niños o niñas con comorbilidad psiquiátrica/neurológica .....	74
9.2.18	Tratamiento integral por médico APS y psiquiatra o neurólogo/a para el trastorno hiperquinético/trastorno de atención leve, moderado o severo .....	75
9.2.19	Intervenciones diferenciadas en niños vs niñas.....	76
10	RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS.....	77
10.1	Preguntas de Diagnóstico.....	77
10.1.1	Test de Conners.....	77
10.1.2	Electroencefalograma .....	78
10.1.3	Tomografía computada .....	79
10.1.4	Imagen de resonancia magnética .....	80
10.1.5	Test de inteligencia .....	80
10.1.6	Práctica médica .....	83
10.2	Preguntas de Tratamiento .....	84
10.2.1	MPH vs placebo .....	84
10.2.2	MPH de larga acción vs MPH de corta acción .....	94
10.2.3	MPH indicados por médicos APS vs MPH indicado por médicos psiquiatras .....	96
10.2.4	ATX vs placebo.....	97
10.2.5	ATX vs MPH .....	101

---

10.2.6	DEX vs MPH .....	102
10.2.7	Antidepresivo vs MPH .....	106
10.2.8	Alfa agonistas vs MPH .....	108
10.2.9	MPH + psicoterapia individual vs MPH solo.....	108
10.2.10	MPH + psicoterapia grupal vs MPH solo .....	110
10.2.11	MPH + intervenciones psicosociales vs MPH solo.....	111
10.2.12	MPH + intervenciones del equipo de APS y psicosociales vs MPH solo.....	114
10.2.13	Intervenciones psicosociales vs MPH.....	114
10.2.14	MPH + terapia familiar vs MPH .....	117
10.2.15	MPH + intervención familiar vs MPH .....	120
10.2.16	Intervenciones preventivas en ambientes familiar y jardín infantil en menores de 6 años vs ningún tipo de intervención preventiva .....	122
10.2.17	Tratamiento integral por médico APS y psiquiatra o neurólogo/a en niños o niñas con comorbilidad psiquiátrica/neurológica .....	123
10.2.18	Tratamiento integral por médico APS y psiquiatra o neurólogo/a para el trastorno hiperquinético/trastorno de atención leve, moderado o severo .....	124
10.2.19	Intervenciones diferenciadas en niños vs niñas.....	125
11	SÍNTESIS DE EVIDENCIA .....	126
11.1	Preguntas de Diagnóstico.....	126
11.1.1	Test de Conners.....	126
11.1.2	Electroencefalograma .....	126
11.1.3	Tomografía computada .....	126
11.1.4	Imagen de resonancia magnética .....	127

---

11.1.5	Test de inteligencia .....	127
11.1.6	Práctica médica .....	127
11.2	Preguntas de Tratamiento .....	127
11.2.1	MPH vs placebo .....	127
11.2.2	MPH de larga acción vs MPH de corta acción .....	128
11.2.3	MPH indicado por médicos de APS vs MPH indicado por médicos psiquiatras.....	128
11.2.4	ATX vs placebo.....	129
11.2.5	ATX VS MPH.....	129
11.2.6	DEX vs MPH .....	129
11.2.7	Antidepresivo vs MPH .....	130
11.2.8	Alfa agonistas vs MPH .....	130
11.2.9	MPH + psicoterapia individual vs MPH solo.....	130
11.2.10	MPH + psicoterapia grupal vs MPH solo .....	131
11.2.11	MPH + intervenciones psicosociales vs MPH solo.....	131
11.2.12	MPH + intervenciones del equipo de APS y psicosociales vs MPH solo.....	131
11.2.13	Intervenciones psicosociales vs MPH.....	132
11.2.14	MPH + terapia familiar vs MPH .....	132
11.2.15	MPH + intervención familiar vs MPH .....	133
11.2.16	Intervenciones preventivas en ambiente familiar y jardín infantil en menores de 6 años vs ningún tipo de intervención preventiva .....	133
11.2.17	Tratamiento integral por médico de APS y psiquiatra o neurólogo/a en niños o niñas con comorbilidad psiquiátrica/neurológica .....	133

---

11.2.18	Tratamiento integral por médico de APS y psiquiatra o neurólogo/a para el trastorno hiperquinético/trastorno de atención leve, moderado o severo .....	134
11.2.19	Intervenciones diferenciadas en niños vs niñas.....	134
12	CONCLUSIONES .....	135
12.1	Diagnóstico en Déficit Atencional .....	135
12.2	Tratamiento en Déficit Atencional .....	135
13	ANEXOS .....	140
13.1	Revisiones Sistemáticas Seleccionadas .....	140
13.2	Revisiones Excluidas .....	147
13.3	Estudios Primarios Seleccionados .....	157
13.4	Estudios Primarios Excluidos .....	167
14	ANÁLISIS CRÍTICO DE ESTUDIOS PRIMARIOS .....	184

## **1 INTRODUCCIÓN**

Este informe ha sido elaborado dentro del marco de la adquisición número 757-905-LE07 llamada "Revisión de Literatura Científica y Evaluación de Tecnologías Sanitarias para el Desarrollo de Guías de Práctica Clínica", solicitada por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile, y adjudicado a Medwave Estudios Ltda. mediante Resolución Número 834, con fecha 19 de diciembre de 2007 y firmada por la subsecretaria de salud pública, Doña Lidia Amarales Osorio, y correspondiente a convenio aprobado mediante Resolución Número 889. Las bases del presente estudio corresponden a los términos fijados en la Resolución No. 754 y el convenio corresponde a la resolución No. 889.

## **2 DESCRIPCIÓN DE LA TECNOLOGÍA A EVALUAR**

El déficit atencional es uno de los problemas psiquiátricos más frecuentes en niños de edad escolar y adolescentes; constituyendo así una de las principales razones por la que los niños son evaluados por profesionales de salud mental. El déficit atencional se ha considerado además como caEstados Unidos muy frecuente de fracaso escolar y de problemas sociales en la edad infantil.

El diagnóstico de déficit atencional es bastante complejo, y requiere la observación de la conducta del niño o adolescente en diferentes ambientes; por tanto, para su adecuado diagnóstico se requiere la participación de padres, maestros y de una evaluación clínica realizada por un profesional de la medicina. Para el diagnóstico se utilizan los criterios del DSM-IV, y de forma complementaria escalas de evaluación de la conducta, test de inteligencia, entre otros; se ha planteado además, el uso de pruebas un poco más objetivas: EEG, RMN, TAC, etc. que pudieran determinar el diagnóstico.

El tratamiento también requiere de un equipo multidisciplinario donde exista participación de la familia, docentes y equipo de salud. El tratamiento farmacológico es necesario para la mayoría de los niños con diagnóstico de déficit atencional y habitualmente se utilizan psicoestimulantes, de los cuales se mencionan como principales: metilfenidato, atomoxetina, anfetaminas, alfa-agonistas y antidepresivos.

Esta revisión se propone evaluar la evidencia disponible sobre aspectos relacionados con pruebas diagnósticas: test de Conners, test de inteligencia, EEG, TAC de cerebro, RMN; y con las diferentes opciones de tratamiento actualmente disponibles; así como también el rol de las intervenciones familiares, psicosociales y el papel de las diferentes especialidades médicas en el manejo del déficit atencional para conocer cómo influye todo esto en el funcionamiento educacional, psicosocial y en la calidad de vida de los niños y adolescentes afectados.

### 3 OBJETIVO GENERAL

- Identificar, sintetizar y evaluar la mejor evidencia disponible sobre la utilidad de los métodos diagnósticos, y la efectividad y seguridad de los tratamientos en déficit atencional en la población de 6-19 años; a nivel nacional e internacional.

### 4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar, sintetizar y evaluar la mejor evidencia disponible en la literatura nacional e internacional con relación a la utilidad de los métodos diagnósticos en la detección del déficit atencional en la población de 6 a 19 años.
  - ¿Cuál es el nivel de validez y confiabilidad del test de Conners en la detección del déficit atencional en población de 6 a 19 años?
  - ¿Cuál es la efectividad comparada de la realización y no realización de EEG, para la detección del déficit atencional en la población de 6 a 19 años?
  - ¿Cuál es la efectividad comparada de la realización y no realización de TAC de cerebro, para la detección del déficit atencional en la población de 6 a 19 años?
  - ¿Cuál es la efectividad comparada de la realización y no realización de RMN para la detección del déficit atencional en la población de 6 a 19 años?
  - ¿Cuál es la efectividad comparada de la realización y no realización de test de inteligencia para la detección del déficit atencional en la población de 6 a 19 años?
  - ¿Cuál es la efectividad comparada de la participación y no participación de médicos especialistas (psiquiatra/neurólogo) y médicos de atención primaria en la detección del déficit atencional en la población de 6 a 19 años?
- Identificar, sintetizar y evaluar la mejor evidencia disponible en la literatura nacional e internacional sobre la efectividad y seguridad de los tratamientos para el déficit atencional en la población de 6 a 19 años.
  - ¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de metilfenidato y placebo en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?
  - ¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de metilfenidato de larga acción y metilfenidato de corta acción en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?
  - ¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de metilfenidato indicado por médicos de atención primaria y metilfenidato indicado por médicos psiquiatras en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?

- 
- ¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de atomoxetina y placebo en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?
  - ¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de atomoxetina y metilfenidato en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?
  - ¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de anfetamina y metilfenidato en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?
  - ¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de antidepressivo y metilfenidato en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?
  - ¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de alfa-agonistas y metilfenidato en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?
  - ¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de metilfenidato más psicoterapia individual y metilfenidato solo en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?
  - ¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de metilfenidato más psicoterapia grupal y metilfenidato solo en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?
  - ¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de metilfenidato más intervenciones psicosociales y metilfenidato solo en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?
  - ¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de metilfenidato más intervenciones del equipo de atención primaria y psicosociales y metilfenidato solo en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?
  - ¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de intervenciones psicosociales sin medicación y metilfenidato solo en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?

- ¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de metilfenidato más terapia familiar y metilfenidato solo en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?
- ¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de metilfenidato más intervención familiar y metilfenidato solo en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?
- ¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de intervenciones preventivas en ambiente familiar y jardín infantil en menores de 6 años y ningún tipo de intervención preventiva en menores de 6 años, en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?
- ¿Cuál es la efectividad del tratamiento integral por médico de atención primaria y psiquiatra o neurólogo en niños o niñas con comorbilidad psiquiátrica – neurológica, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial y calidad de vida?
- ¿Cual es la efectividad del tratamiento integral por médico de atención primaria y psiquiatra o neurólogo para el trastorno hiperquinético/trastorno de atención leve, moderado o severo, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial y calidad de vida, en pacientes de 6 a 19 años de edad?
- ¿Cual es la efectividad de las intervenciones diferenciadas entre niños y niñas, medidas en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial y calidad de vida en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?

## 5 MÉTODOS

La revisión sistemática se desarrollará en las siguientes etapas:

### 5.1 Búsqueda Bibliográfica

#### 5.1.1 Fuentes:

Bases de datos electrónicas: Medline, Lilacs, bases de datos del CRD de la Universidad de York (DARE, HTA Database), Cochrane Database, base de datos de guías de práctica clínica (National Guidelines Clearinghouse).

EMBASE no se consultó debido al alto costo que excede las capacidades económicas de este proyecto, pero las revisiones sistemáticas incluidas tienen cobertura de EMBASE con lo que se asegura que los estudios incluidos en esas bases de datos han sido considerados en esta revisión.

### 5.1.2 Palabras clave:

#### En diagnóstico:

- **Test de Conners**

- Términos MeSH: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity.
- Otros: Conners Rating Scale, The Conners' Continuous Performance Test, Test de Conners, diagnóstico, déficit atencional, hiperactividad, ADHD, sensibilidad, especificidad.
- Filtros utilizados en medline:

-Limits: English, Spanish, Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years.

("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH] AND Conners Rating Scale) AND (specificity[Title/Abstract]).

("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH] AND The Conners' Continuous Performance Test ) AND (specificity[Title/Abstract]).

- **Electroencefalograma**

- Términos MeSH: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Electroencephalography.
- Otros: Electroencefalograma, diagnóstico, déficit atencional, hiperactividad, ADHD.
- Filtros utilizados en medline:

-Limits: English, Spanish, Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years.

("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH] AND "Electroencephalography"[MeSH]) AND (specificity[Title/Abstract]).

- **Tomografía Computada:**

- Términos MeSH: Tomography, X-Ray Computed.
- Otros: Neuroimaging technologies, TAC cerebro, diagnóstico por imagen, diagnóstico, déficit atencional, hiperactividad, ADHD.
- Filtros utilizados en medline:

-Limits: English, Spanish, Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years.

("Tomography, X-Ray Computed"[MeSH] AND "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH]) AND (sensitiv\*[Title/Abstract] OR sensitivity and specificity[MeSH Terms] OR diagnos\*[Title/Abstract] OR diagnosis[MeSH:noexp] OR diagnostic \*[MeSH:noexp] OR diagnosis,differential[MeSH:noexp] OR diagnosis[Subheading:noexp]).

- **Imagen de Resonancia Magnética:**

- Términos MeSH: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Magnetic Resonance Imaging.
- Otros: Neuroimaging technologies, Resonancia magnética nuclear, diagnóstico por imagen, diagnóstico, déficit atencional, hiperactividad, ADHD.
- Filtros utilizados en medline:
  - Limits: English, Spanish, Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years.

("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH] AND "Magnetic Resonance Imaging"[MeSH]) AND (sensitivity\*[Title/Abstract] OR sensitivity and specificity[MeSH Terms] OR diagnos\*[Title/Abstract] OR diagnosis[MeSH:noexp] OR diagnostic\*[MeSH:noexp] OR diagnosis,differential[MeSH:noexp] OR diagnosis[Subheading:noexp]) REVIEW

- **Test de Inteligencia**

- Términos MeSH: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Intelligence Tests, Neuropsychological Tests.
- Otros: Test de Inteligencia, diagnóstico, déficit atencional, hiperactividad, ADHD, primare care physicians, neurologists, pediatricians, medicine specialist, psychiatrist.
- Filtros utilizados en medline:
  - Limits: English, Spanish, Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years.

("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH] AND "Intelligence Tests"[MeSH]) AND (specificity[Title/Abstract]).

("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH] AND "Neuropsychological Tests"[MeSH])) AND (specificity[Title/Abstract]).

- **Participación Médica**

- Términos MeSH: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Physicians Family.
- Otros: diagnóstico, déficit atencional, hiperactividad, ADHD, primare care physicians, neurologists, pediatricians, medicine specialist, psychiatrist, atención primaria, pediatra, neurólogo, psiquiatra.
- Filtros utilizados en medline:
  - Limits: English, Spanish, Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years.

("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH] AND "Intelligence Tests"[MeSH]) AND (specificity[Title/Abstract]).

("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH] AND "Neuropsychological Tests"[MeSH]) AND (specificity[Title/Abstract]).

("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MeSH] AND "Physicians, Family"[MeSH]) AND (sensitiv\*[Title/Abstract] OR sensitivity and specificity[MeSH Terms] OR diagnos\*[Title/Abstract] OR diagnosis[MeSH:noexp] OR diagnostic\*[MeSH:noexp] OR diagnosis,differential[MeSH:noexp] OR diagnosis[Subheading:noexp]).

### **En tratamiento:**

En las base de datos especiales: Cochrane, CRD, NGC: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity.

En la base de datos generales:

- Preguntas: 2.1; 2.2; 2.3; 2.9 a 2.15. Bases de datos en inglés (English): (Attention Deficit Disorder with Hyperactivity AND Methylphenidate) AND (randomized controlled trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract])).
- Preguntas: 2.4; 2.5 Bases de datos en inglés (English): (Attention Deficit Disorder with Hyperactivity AND atomoxetina) AND (randomized controlled trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract])).
- Pregunta: 2.6. Bases de datos en inglés (English): (Attention Deficit Disorder with Hyperactivity AND Methylphenidate AND Amphetamine) AND (randomized controlled trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract])).
- Pregunta: 2.7. Bases de datos en inglés (English): (Attention Deficit Disorder with Hyperactivity AND Methylphenidate AND Antidepressive Agents AND (randomized controlled trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract])).
- Preguntas: 2.8: Bases de datos en inglés (English): (Attention Deficit Disorder with Hyperactivity AND Methylphenidate AND Adrenergic alpha-Agonists ) AND (randomized controlled trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract])).
- Preguntas: 2.16: Bases de datos en inglés (English): (Attention Deficit Disorder with Hyperactivity AND Prevention) AND (randomized controlled trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract])).
- Pregunta 2.17: Bases de datos en inglés (English): (Attention Deficit Disorder with Hyperactivity AND Comorbidity) AND (randomized controlled

trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract])).

- Pregunta 2.18: Bases de datos en inglés (English): (Attention Deficit Disorder with Hyperactivity AND Classification) AND (randomized controlled trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract])).
- Pregunta 2.19: Bases de datos en inglés (English): (Attention Deficit Disorder with Hyperactivity AND gender) AND (randomized controlled trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract])).

-Limits: Humans, English, Spanish, Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, and only items with links to full text, only items with links to free full text, only items with abstracts.

En la base de datos en español: Cochrane español y LILACS. Las traducciones correspondientes descritas.

### **5.1.3 Cobertura temporal de la búsqueda:**

- Hasta marzo de 2008.

### **5.1.4 Idiomas:**

- Estudios en inglés o español.

## **5.2 Criterios de Inclusión**

Estudios en seres humanos a escala individual, grupal o poblacional, referidos al grupo etario de estudio (6-19 años) y los ítemes específicos de cada pregunta sobre diagnóstico y tratamiento del déficit atencional:

- En preguntas sobre diagnóstico:
  - Revisiones sistemáticas de estudios de test diagnósticos.
  - Guías de prácticas clínicas basadas en evidencia.
  - Informes de evaluación de tecnologías de salud.
  - Estudios de test diagnósticos individuales (en caso de no encontrarse revisiones sistemáticas disponibles, que éstas no sean de calidad aceptable o que no estén debidamente actualizadas).
- En preguntas de terapias o intervenciones preventivas:
  - Revisiones sistemáticas de ECR.
  - Guías de práctica clínica basadas en evidencia.
  - Informes de evaluación de tecnologías en salud.
  - Estudios primarios: ECR individuales, estudios de cohortes, series de casos (en caso de no encontrarse revisiones sistemáticas disponibles, que éstas no

sean de calidad aceptable o que no mencionen el tipo de intervención al que hace referencia la pregunta).

Estudios que incluyan evaluación cuantitativa de resultados.

### **5.3 Criterios de Exclusión**

Estudios en los que no haya sido posible acceder al texto completo o a un resumen suficientemente informativo.

## **6 CRITERIOS DE ANÁLISIS CRÍTICO**

Cada estudio será analizado individualmente en términos de su validez interna y de acuerdo al diseño, considerando:

- Revisiones sistemáticas:
  - Calidad del proceso de búsqueda bibliográfica.
  - Calidad de los criterios de selección de los estudios (pertinencia del tipo de diseño).
  - Calidad del análisis crítico realizado sobre los estudios.
  
- Estudio de pruebas diagnósticas
  - Calidad del estándar de referencia (*gold standard* o patrón de oro).
  - Calidad de la descripción de la prueba.
  - Principales potenciales de sesgo: información clínica, verificación parcial o diferencial, incorporación.
  
- Ensayos clínicos:
  - Diseño.
  - Método de asignación.
  - Encubrimiento de la asignación.
  - Pérdidas de seguimiento.
  - Ciego.
  - Unidad de análisis.

## **7 SÍNTESIS DE RESULTADOS**

Se confeccionó tablas resumen con las características y resultados del análisis crítico de cada estudio seleccionado.

Para cada pregunta específica se entrega una síntesis final de los hallazgos de la revisión, que incluye:

- Cantidad y calidad de los estudios.
- Síntesis de resultados, considerando:
  - Magnitud de los efectos.

- Heterogeneidad de los estudios (tipo de pacientes, tipo de intervención).
- Heterogeneidad de los resultados de los estudios.
- Moderadores de efecto: análisis de subgrupos para distintos tipos de paciente y de intervención, según exista evidencia al respecto.
- Conclusiones: apreciación sobre la efectividad y seguridad de la intervención conforme a los hallazgos de la revisión.
- Validez externa.
- Nivel de evidencia asociado.

## 8 RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

### 8.1 Revisiones Sistemáticas

#### 8.1.1 En preguntas de diagnóstico

La búsqueda bibliográfica permitió identificar un total de 5 revisiones sistemáticas (Anexo 13.1) que cumplieron los criterios de inclusión. Los estudios excluidos por razones temáticas o metodológicas se detallan en Anexo 13.2. Los estudios seleccionados fueron obtenidos de las siguientes fuentes:

Fuente	Nº estudios seleccionados
Medline	5
DARE / HTA Database	0
Lilacs	2
Otras*	0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>
<b>TOTAL EXCLUYENDO DUPLICADOS</b>	<b>5</b>

#### 8.1.2 En preguntas de tratamiento

La búsqueda bibliográfica permitió identificar un total de 57 revisiones NGC: 0; Cochrane: 31; y Dare/HTA: 26.

Cumplieron los requisitos de inclusión trabajos de las siguientes fuentes: NGC: (0); Cochrane Database: (1); DARE/HTA: (7); Lilacs (0); PUBMED: 1; Total (9); Total excluyendo duplicados: (5).

Los 52 estudios excluidos por razones temáticas o metodológicas se detallan en Anexo 13.2.

<b>Fuente</b>	<b>N° estudios seleccionados</b>
National (NGC)	0
Cochrane	1
DARE / HTA Database	7
Pubmed	1
Lilacs	0
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>
<b>TOTAL EXCLUYENDO DUPLICADOS</b>	<b>5</b>

## 8.2 Estudios Primarios

### 8.2.1 En preguntas de diagnóstico

La búsqueda bibliográfica permitió identificar un total de 32 (excluyendo duplicados) estudios de pruebas diagnósticas (Anexo 13.3) que cumplieron los criterios de inclusión, se logró acceder al full text y que no se encontraban considerados en las revisiones sistemáticas seleccionadas. Los estudios seleccionados fueron obtenidos de las siguientes fuentes:

<b>Fuente</b>	<b>N° estudios seleccionados</b>
Medline	3
DARE / HTA Database	0
Lilacs	1
Otras*	1
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>
<b>TOTAL EXCLUYENDO DUPLICADOS</b>	<b>3</b>

Los estudios excluidos por razones temáticas o metodológicas se detallan en Anexo 13.4.

### 8.2.2 En preguntas de tratamiento:

La búsqueda bibliográfica permitió identificar un total de 76 artículos NGC: 0; Cochrane: 0; Dare/HTA: 0; Pubmed: 43; LILACS: 33 y OTROS: 0.

Cumplieron los requisitos de inclusión (véase Anexo 13.3) de las siguientes fuentes: PUBMED (23). Total excluyendo duplicados: (22).

Los 53 estudios excluidos por razones temáticas o metodológicas se detallan en Anexo 13.4.

Fuente	Nº estudios seleccionados
NGC	0
COCHRANE	0
DARE / HTA Database	0
PUBMED	43
LILACS	33
<b>TOTAL EXCLUYENDO DUPLICADOS</b>	<b>22</b>

### 8.3 Guías de Práctica Clínica

La búsqueda bibliográfica permitió identificar un total de 6 (excluyendo duplicados) guías de prácticas clínicas las cuales fueron obtenidas de las siguientes fuentes:

Fuente	Nº estudios seleccionados
Medline	3
NGC	5
Otras*	1
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>
<b>TOTAL EXCLUYENDO DUPLICADOS</b>	<b>6</b>

## 9 CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS

### 9.1 Preguntas de Diagnóstico

#### 9.1.1 Test de Conners

##### 9.1.1.1 Revisiones sistemáticas:

No se encontraron revisiones sistemáticas relacionadas con el tema.

##### 9.1.1.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Intervención	Población y contexto	Diseño	Variables de resultado	Calidad metodológica	Observaciones
3	Busing, 1998	Screening de déficit atencional utilizando dos cuestionarios para padres: 46 ítem del Attention Deficit Disorders Evaluation Scale (ADDES) y 10 ítem del Conners Abbreviated Symptom Questionnaire (ASQ).	El estudio se llevó a cabo en una escuela especial en el estado de Florida. La muestra inicial era de 722 niños elegibles con edades comprendidas entre los 7 y 12 años de edad,	Estudio de pruebas diagnósticas.	Sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y eficiencia de cada test aplicado.	Muestra representativa de la población objeto del estudio, todos los pacientes recibieron la intervención estándar (Criterios diagnósticos DSM-IV) y los test objeto de estudio. Se describen con detalle el proceso de selección, incorporación, clasificación y aplicación de los test, así como también el modo en que fueron analizados.	El estudio se llevó a cabo en dos fases, en la primera hubo participación del 70% (499 niños) y en la segunda fueron divididos en grupos de alto y bajo riesgo para déficit atencional con una participación del 71 y 81 % respectivamente. Las mediciones fueron realizadas en tres niveles de corte; para ADDES percentiles 5, 10 y 15; para ASQ T score 60, 65, y 70.

## 9.1.2 Electroencefalograma

### 9.1.2.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Tipo de paciente incluido en la revisión	Tipos de intervenciones incluidas en la revisión	Contexto de los estudios incluidos en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Calidad metodológica de la revisión
9	Snyder, 2006	Niños, adolescentes y adultos con déficit atencional.	EEG cuantitativo (QEEG).	Criterios de inclusión: estudios donde evalúan EEG en sujetos con déficit atencional vs sujetos sin esta patología. Déficit atencional diagnosticado según los criterios del DSM IV.	Actividad Theta Actividad Beta Razón Theta/Beta	Estudios de casos y controles para evaluación de pruebas diagnósticas.	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : Fuente Medline, Cobertura desde 1966 hasta Julio de 2002. Idioma inglés. b. <u>Calidad del análisis crítico</u> : Predefinieron criterios de inclusión y exclusión, el autor no señala si hubo análisis crítico formal de cada estudio incluido. Sólo menciona métodos utilizados para el metaanálisis como análisis de heterogeneidad, análisis de subgrupos, etc.
1	Chabot, 2001	Niños y adolescentes con déficit atencional y/o trastorno de aprendizaje.	EEG cuantitativo (QEEG).	Criterios de inclusión: estudios donde se evalúe la utilidad clínica del EEG convencional y del QEEG. Se excluyen estudios de localización de focos epilépticos.	EEG anormal en niños y adolescentes con déficit atencional y/o trastornos del aprendizaje.  Discriminar a través del EEG sujetos normales /	Estudios de pruebas diagnósticas.	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : No hay descripción de la sistematización de la búsqueda bibliográfica. b. <u>Calidad del análisis crítico</u> : el autor no señala si hubo análisis crítico formal, ni describe criterios de validez aplicados.

					déficit atencional / trastorno del aprendizaje.  Predecir respuesta al tratamiento.		
--	--	--	--	--	--	--	--

### 9.1.2.2 Estudios primarios:

Estudios primarios encontrados referentes al tema están incluidos en las revisiones sistemáticas seleccionadas.

### 9.1.3 Tomografía computada

#### 9.1.3.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Tipo de paciente incluido en la revisión	Tipo de intervenciones incluidas en la revisión	Contexto de los estudios incluidos en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Calidad metodológica de la revisión
3	Giedd, 2001	El autor no describe el tipo de paciente incluido en la revisión.	Tomografía Ccputada (TC).  Tomografía por emisión de fotones Xenon133.  Tomografía por emisión de positrones.  Resonancia Magnética.	El autor no señala criterios de inclusión ni exclusión de los estudios.	TC anormal (medido de manera cuantitativa y cualitativa).  Demás estudios: valoración cualitativa según hallazgos en áreas cerebrales específicas.	Estudios de pruebas diagnósticas; el autor no señala más detalles.	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : no hay descripción de la sistematización de la búsqueda bibliográfica.  b. <u>Calidad del análisis crítico</u> : el autor no señala si hubo análisis crítico formal, ni describe criterios de validez aplicados.

### 9.1.3.2 Estudios primarios:

Los estudios primarios encontrados referentes al tema están incluidos en las revisiones sistemáticas seleccionadas.

## 9.1.4 Imagen de resonancia magnética

### 9.1.4.1 Revisiones sistemáticas:

No se encontraron revisiones sistemáticas cuantitativas relacionadas con el tema.

### 9.1.4.2 Estudios primarios:

No se encontraron estudios primarios con resultados cuantitativos relacionados con el tema.

## 9.1.5 Test de inteligencia

### 9.1.5.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Tipo de paciente incluido en la revisión	Tipo de intervenciones incluidas en la revisión	Contexto de los estudios incluidos en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Calidad metodológica de la revisión
7	Romine, 2004	Niños y adolescentes con déficit atencional u otros trastornos del desarrollo.	Wisconsin Card Sorting Test (WCST)	Se excluyeron aquellos estudios que no contenían puntajes promedio del WCST y estudios realizados en población adulta.	Test completo correcto.  Porcentaje de preguntas correctas.  Número de categorías.  Errores totales.  Errores	Estudios de pruebas diagnósticas	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : la cobertura temporal de la búsqueda fue de 1984 a 2002; menciona el uso de palabras claves "Wisconsin Card Sortin Tets", "ADHD", "children", "adolescent"; y fuentes consultadas: PsychInfo, Medline y ERIC.  b. <u>Calidad del análisis crítico</u> : el autor no señala si hubo análisis crítico de cada estudio. Sí señala y describe el cálculo del tamaño del

					<p>reiterativos.</p> <p>Errores no reiterativos.</p> <p>Fallos para mantener set.</p> <p>Ensayos para categorías.</p> <p>Respuestas reiterativas.</p>		<p>efecto para cada variable incluida en el estudio a fin de homogeneizar datos a comparar.</p>
4	Homack, 2004	Niños y adolescentes con déficit atencional u otros trastornos del desarrollo.	Stroop Color and Word Test.	Sólo se incluyeron los estudios donde se comparaban una patología clínica (Ej, déficit atencional) con grupo control, o con otra patología.	<p>Palabras</p> <p>Color</p> <p>Color-Palabra</p> <p>Inteferencia</p>	Estudios de Pruebas Diagnósticas.	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u>: la cobertura temporal de la búsqueda fue de 1984 a 2002; menciona el uso de palabras claves "Stroop Color and Word Test", "ADHD", "children", "adolescent"; y fuentes consultadas: PsychInfo, Medline y ERIC.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico</u>: el autor no señala si hubo análisis crítico de cada estudio. Sí señala y describe el cálculo del tamaño del efecto para cada variable incluida en el estudio a fin de homogeneizar datos a comparar.</p>

### 9.1.5.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Intervención	Población y contexto	Diseño	Variables de resultado	Calidad metodológica	Observaciones
17	Pineda, 2007	Batería de test neuropsicológicos: Mental Control, Target Detection Cancellation Test, Visual-Verbal Learning Curve, Complex Figure Test, Language comprehension and working memory, language fluency, y Wisconsin Card Sorting Test – Abbreviated Version.	Población: 621 niños con edad comprendida entre 6 y 11 años, de las escuelas públicas de Medellín, Colombia. Casos: 249 niños con déficit atencional. Controles: 372 niños normales.	Estudios de pruebas diagnósticas, tipo caso control.	Atención. Memoria. Habilidades Motoras. Comprensión del lenguaje. Funciones ejecutivas. Fluencia verbal.	El grupo de pacientes seleccionado es representativo, los criterios de selección se encuentran claramente descritos, el grupo de casos se sometió a los mismos test que el grupo control, ambos bajo las mismas condiciones.	Los resultados fueron expresados en medidas de resumen media y desviación estándar para cada test aplicado y cada grupo de observación.  También se realizó un análisis discriminante de las seis variables.
24	Oie, 1999	Batería de test neuropsicológicos, que incluyen entre otros: escala de inteligencia de Wechsler para niños, Wisconsin Card Sorting Test, Kimura recurring figures, digit symbol location, California Verbal Learning Test, Trail Making Test, Grooved pegboard, Seashore rhythm test, Digit span distractibility test, Degraded stimulus continuous, Span of apprehension test, Sustained Attention Test,	Se evaluaron un total de 69 adolescentes, 19 con diagnóstico de esquizofrenia, 20 con diagnóstico de déficit atencional y 30 controles sanos. Estudio realizado en Oslo, Noruega.	Estudio de pruebas diagnósticas tipo caso-control.	Flexibilidad-abstracción, organización espacial, memoria visual, aprendizaje y memoria verbal, atención y procesamiento visual-motor, función motora, procesamiento auditivo y distractibilidad, atención sostenida, aprehensión, y	Buena calidad metodológica: se encuentran claramente descritos los criterios de selección de los sujetos; la batería de test neuropsicológicos fue aplicada en igualdad de condiciones a los tres grupos de observación, buena descripción de los test aplicados, buen método de análisis empleado.	Los resultados fueron expresados en medidas de media y desviación estándar para cada test aplicado y cada grupo de observación; se realizó luego el análisis de varianza para cada función a evaluar (variables de resultado).

		Dichotic listening.			atención selectiva.		
--	--	---------------------	--	--	---------------------	--	--

### 9.1.6 Práctica médica

No se encontraron revisiones sistemáticas ni estudios primarios relacionados con el tema.

## 9.2 Preguntas de Tratamiento

### 9.2.1 Metilfenidato (MPH) vs placebo

#### 9.2.1.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Tipo de paciente incluido en la revisión	Tipo de intervenciones incluidas en la revisión	Contexto de los estudios incluidos en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Calidad metodológica de la revisión
8	Schachter, 2001	Población : menores de 18 años con TDAH con criterios de DSMIII, DSM-R y otros no definidos.	Intervención: MPH de corta acción en dosis baja, media y alta (<0,3mg/Kg a > 0,75mk/Kg) vs placebo	-Sin restricciones en la selección por lenguaje y geografía.  -Se excluye reportes antes de 1981 (DSM III), con comorbilidades, uso de otros estimulantes y estudios n-1.	-Síntomas de TDAH Estados Unidosndo como primario el índice de hiperactividad (IH), (ACPRS y ACTRS).  -Efectos adversos: Auto reportes.  Otras escalas Estados Unidosdas: índice global, Core, Key	Estudios aleatorizados controlados.	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : Estados Unidosndo palabras claves y filtros de ECC, de 487 citas se obtuvo 62 estudios a través de bases de datos (Medline, EMBASE, Psych-INFO, ERIC, CINAHL, HEALTHSTAR, Biological Abstract, Current Contents, The Cochrane Library's Trials Register

					features.		<p>and Dissertation Abstracts) desde 1981 a 1999. Fuentes manuales de las citas realizadas y de reportes de expertos, sin limitación de idiomas ni geografía.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico:</u></p> <p>Se realizó la evaluación de los artículos por dos fuentes, una de ellas la escala de JADAD, ninguno obtuvo 5 ptos, sólo 5 llegaron a 4 ptos, la mayoría son de baja calidad.</p> <p>Se realizó un análisis general de subgrupos:</p> <p>Por dosis de MPH; edad &gt; o &lt; 12 años, sexo, tiempo de duración, diagnóstico, co- intervención, calidad y tipo de estudio.</p> <p>No hay reporte del análisis individual a cada estudio.</p>
--	--	--	--	--	-----------	--	---

5	Jadad (AHRQ), 1999	Población: niños y adolescentes con TDHA.	En esta revisión se evaluó para el TDHA la efectividad y seguridad a corto y largo plazo de las intervenciones con drogas y no drogas y la efectividad al compararla sola o combinada.	<p>Se escogen estudios en humanos, sin restricciones de lenguaje ni geográficas, de los que se obtuvo el reporte completo.</p> <p>La revisión se hizo por pares en forma independiente y las discrepancias fueron consensuadas.</p> <p>Se Estados Unidosron escalas de evaluación de la calidad, entre ellas Jadad.</p> <p>El 83% (64) duró 12 semanas o menos.</p> <p>La característica de las intervenciones no farmacológicas es pobre.</p> <p>Una tercera parte menciona grupo étnico y la mayoría tiene personas</p>	<p>-Core / Global síntomas.</p> <p>-Falta de atención / hiperactividad / impulsividad.</p> <p>-Conducta / trastornos de oposición.</p> <p>-Depresión.</p> <p>-Efectos adversos.</p>	77 Estudios aleatorizados controlados. Estudios no aleatorizados, controlados si reportan efectos adversos con duración de más de 16 semanas.	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u>: Sin restricciones de lenguaje ni geográficas. De las bases de datos siguientes: Medline (de 1966), CINAHL (de 1982), HEALTHStar (de 1975), PsycINFO (de 1984), EMBASE (de 1984), y la librería Cochrane 1997, de Web institucionales, y citas de las referencias se obtuvo 2.405 citas y se incluyeron sólo 77 artículos y para esta pregunta se obtuvieron 44 art.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico</u>: Se identifica los diseños de cada estudio, los criterios de análisis de validez interna a través de escalas, donde el MTA obtuvo el mayor puntaje y los resultados de cada estudio en forma individual.</p>
---	--------------------	---	--	---	---	---	--

				<p>blancas y negros americanos (35 estudios).</p> <p>20 estudios no reportaron criterios de inclusión y la mitad los criterios de exclusión.</p> <p>43 estudios no reportan comorbilidades.</p> <p>En 45 estudios no se reportan las características familiares.</p> <p>No se mide en más de la mitad de los artículos ni la fidelidad y cumplimiento del tratamiento.</p> <p>Solo se reportan tiempos basales en 54 estudios.</p>			
6	King , 2006  (Reino Unido)	Población: Niños y adolescentes menores de 18 años con TDHA incluyendo	En esta revisión se evaluó costo efectividad de MPH, ATX y DEX.	Se conduce desde julio 2004, reportes publicados o no sin restricciones del	-Síntomas centrales (CORE): Índice de hiperactividad, inatención e impulsividad por varias	-Estudios aleatorizados controlados de al menos 3 semanas de duración y	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica:</u> Incorpora tres revisiones previas: Jadad (AHRQ), 1999, la de Millar

		<p>desorden hiperquinético con ICD 10 y/o DSM IV.</p>		<p>lenguaje</p> <p>-Los estudios fueron seleccionados con los criterios modificados del CRD Reporte No. 4 con 2 revisores independientes.</p> <p>Se excluyen artículos que evaluaron: test de funciones psicológicas, ansiedad, depresión, figuras sin números.</p>	<p>escalas predominantemente Conners.</p> <p>-Impresión clínica global ICG (calidad de vida-CV.)</p> <p>- Efectos adversos(EA): apetito, insomnio, cefalea, dolor estomacal y pérdida de peso..</p>	<p>revisiones sistemáticas para efectos adversos.</p>	<p>(CCOHTA), 1999 y de NICE, 2000 que se basa en un reporte del AHRQ de 1999 de donde se obtuvo 65 estudios de los cuales 40 se incluyeron y el resto (25 art.) se obtuvo de bases de datos de 1981 en adelante, para MPH desde 1999 a 2004. Atx y dex: 1981 y 1997. De las base de datos: 1980-2004 - CINAHL CENTRAL, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), EMBASE, Health Technology Assessment (HTA) Database, Health Economic Evaluations Database (HEED), Medline, NHS Economic Evaluation Database (NHS EED), PreMEDLINE, PsycINFO, Science Citation Index (SCI) y topline.</p> <p>b. Calidad del análisis crítico: Se identifican los diseños de cada estudio, los criterios de análisis de validez interna y los resultados de cada estudio</p>
--	--	---	--	---	---	---	---

							en forma individual.
10	Miller, 1999	Población: Niños y adolescentes de 0-18 años con Dx TDHA explícito. Por los criterios asumidos por el DSM III a partir de 1980.	Efectividad de varias estrategias de tratamiento en TDHA.  De los 26 estudios 24 involucraron medicamentos, 19 de ellos con MPH y 4 con anfetaminas.	Se realizó una búsqueda amplia desde 1981 en forma detallada sin limitaciones.  La calidad de los trabajos fue por revisión de pares Estados Unidosndo 3 tipos de escalas, con alta coincidencia entre ellos.  La media de la muestra fue 53 sujetos.  El % de pérdida fue en promedio de 21% y es señalada la caEstados Unidos en 38%.	- Aspectos del comportamiento discernibles por maestros, padres o médicos en la vida cotidiana Estados Unidosndo la escala de Connors o relacionadas.	26 Estudios aleatorizados o no, controlados o no.	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : La revisión se realizó en agosto de 1997 , de artículos producidos a partir de 1981 en las base de datos: Medline, Healthstar, PsycINFO, First Search, CIJE, EMBASE, base de datos Cochrane Canadá y 10 libros consultados manualmente, se obtuvo 26 estudios  b. <u>Calidad del análisis crítico</u> : Se especificó el diseño de cada estudio, su validez interna y se muestran los resultados en forma individual.

### 9.2.1.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Intervención	Población y contexto	Diseño	Variables de resultado	Calidad metodológica	Observaciones
8	Gruber 2007	Intervención: MPH (5mg/kg) vs placebo.	Población: 37 niños de 6 a 12 años con TDAH moderado proveniente de programa de salud en Montreal, Canadá. Caucásicos: 94%. 31 niños y 6 niñas.	Estudio aleatorizado controlado doble ciego, cruzado.	Sueño eficiente, se dividió en 2 grupos: pobre y buen sueño medido por actigrafía, (AW-64) preguntas a familia y TPC.	No se especifica el método de aleatorización ni el seguimiento. De igual manera si hubo pérdidas y análisis por intención de tratar	Debe ser considerado este estudio como preliminar.  Muestra pequeña, predominantemente en niños, poca evaluación del adormecimiento o vigilancia en el día.  Se requiere medición del sueño con polisomnografía.
7	Grizenko 2006	Intervención: MPH vs placebo.	Población: 95 niños de 6-12 años con TDAH x DSM IV. En el Hospital Douglas de Montreal Canadá. 2001 a 2004 81 niños con 14 niñas. 53% hablan inglés y 47% hablan francés. Se excluyen IQ menos de 70, psicóticos o Tics de	Doble ciego y cruzado por 2 semanas.	Dificultades de aprendizaje medidas por test en inglés y francés por consenso.	No se especifica el método de aleatorización ni el seguimiento. De igual manera si hubo pérdidas y análisis por intención de tratar.	Las dificultades pueden ser el uso de instrumentos en 2 lenguas, además establecer los criterios de dificultades del aprendizaje. Es necesario evaluar las dosis del MPH.

			Tourette				
11	Kent, 1999	Intervención: placebo, MPH 0,3 y 0,6 mg/kg. Posterior a resultados e intercambios del estudio continuar con MPH y se entrevista por tlf a los 14 y 21 meses.	Población: 50 niños con TDAH. Evaluados entre 1995 y 1996. En Escocia.	Aleatorio doble ciego. Duración: 3 semanas.	Síntomas por escala de Conners para profesores y padres. Comentarios por escrito de uso de MPH.	Estudio de alta calidad, aleatorizado doble ciego, no se describe las pérdidas, 7 en total, ni el análisis por intención de tratar.	Duración corta del estudio.
23	Wilens 2006	MPH OROS en dosis de 18, 36, 54 y 72 mg/día vs placebo.	Población: 220 se adhieren al protocolo, por tolerancia 177 adolescentes entre 13 y 17 años con TDAH. 75% masculinos y 80% raza blanca. Es estudio multicéntrico en Estados Unidos (15 sitios) abril-oct. 2002.	Estudio en 4 fases: 1) De lavado por 1 semana. 2) Abierto para titulación del medicamento por 4s. 3) Aleatorizado doble ciego por 2 semanas MPH vs placebo. 4) Abierto por 8 semanas.	Síntomas por la escala calificación de ADHD por investigador, padres y sujetos. - Impresión Clínica global	Se especifica el método de asignación y seguimiento, las características del ciego, el número de retiradas y su descripción, no se describe el análisis por intención de tratar.  Se trata de un estudio de corta duración si solo se considera la 2	Las limitaciones son relacionadas a los criterios de exclusión de comorbilidades psiquiátricas y de poca tolerancia a MPH previo. De igual manera el hecho de iniciar con una fase de preparación introduce un sesgo en la respuesta al MPH.  Por la corta duración está limitado los efectos adversos.

						S de doble ciego	
5	Cox, 2004	Intervención: MPH liberación prolongada 1mg/kg.	Población: 12 adolescentes con TDAH sexo masculino. Promedio 17,8 años. Virginia, Estados Unidos.	Conducción de vehículos por áreas rurales y urbanas en 16 millas. Evaluado por un tercero a ciegas de la medicación recibida, detrás del asiento del conductor.	Estudio Cruzado: On/OFF.	Se realiza una invitación a participar. Pacientes con respuesta previa a MPH. Se excluyen aquellos con abuso de sustancias y tics.	No se puede establecer errores de inatención correlacionado directamente con colisiones peligrosas.  No incluyó mujeres.
15	MTA, 2004	Intervención: son 4: Manejo con medicamentos; terapia intensiva de conducta; (hogar, escuela, programa individual y grupal en campamentos); terapias combinadas y servicios comunitarios	Población 579 niños (7 a 9,9 años) con TDHA, de los cuales 540 (95%) se incorporan al estudio 24 meses postaleatorización, en 6 sitios donde se desarrolla el tratamiento multimodal por el Instituto de salud mental para TDHA en Estados Unidos.	1) La escala de padres y profesores de Swanson, Nolan, y Pelham para síntomas TDHA (SNAP). 2) Síntomas de trastorno desafiante oposicional por profesores y padres (ODD). 3) Test individual Wechsler (lectura). 4) Factor de disciplina negativa/inefectiva. 5) Conducta social por padres y profesores del sistema de conducta social (SSRS).	Estudio aleatorizado controlado	No señala el método de aleatorización; ciego para el investigador y los participantes, con análisis parcial de intención de tratar y de las retiradas.	Las retiradas en el grupo de medicamentos son ligeramente mayores que en los otros; los resultados primarios favorables son dados por los padres y profesores no ciegos al tratamiento.  Este estudio es de varios reportes y sucesivamente los tratamientos conductuales realizados son más explícitos y de mayor

							<p>cumplimiento.</p> <p>Para este trabajo se consideró la significación de <math>p &lt; 0,01</math> a diferencia de los reportes anteriores en <math>p &lt; 0,05</math> que pueden influir en la significación estadística.</p>
18	Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network. 2005	Intervención: MPH de 7,5 mg a 50 mg según peso vs placebo.	Población: 66 niños de un total de 72 niños entre 5 y 14 años libres de drogas, con trastornos del desarrollo generalizado acompañado de moderada a severa hiperactividad en Indiana, Estados Unidos	Estudio aleatorizado (no describe método), doble ciego primeras 4 semanas y luego abierto 8 semanas.	Primaria: Evaluación de la hiperactividad por el profesor en la subescala de comportamiento aberrante por lista de comprobación; definido como: "mucho mejor" o "muy mejorado" en la Impresión Clínica Global. Evaluación de la hiperactividad por los padres.	No está descrito el método de aleatorización, ni el análisis por intención de tratar ni las retiradas.	Las limitaciones son que no explora alta dosis de MPH y su corta duración.
6	Greenhill, 2002	MPH MR de 20 a 60 mg vs placebo.	Población: 507 calificaron 321 niños (6 a 16 años). Un	Síntomas de TDAH por la versión del Test de Conners 10	Aleatorizados (158 a MPH MR y 163 placebo). Por 3	El método de aleatorización es pobre y no se	Las limitaciones del trabajo están relacionadas al inicio

			80% de sexo masculino. 70% blancos y 10% hispanos en Estados Unidos. Multicéntrico en 32 sitios.	ítems del "Índice Global". Evaluados por los investigadores, profesores, padres.	semanas, la primera semana fue de lavado, donde se descalificó a 186 niños de los 507 iniciales.	especifica quienes están ciego en el ensayo. Se describe bien las retiradas y se realizó parcialmente el análisis de intención por tratar.	con la preparación de titulación para iniciarse, con realizar un lavado previo con placebo, con los criterios de exclusión (no respondedores, morbilidades psiquiátricas), su corta duración (3 s).
--	--	--	--	--	--	--	---

## 9.2.2 MPH de larga acción vs de corta acción

### 9.2.2.1 Revisiones sistemáticas

#	Estudio	Tipo de paciente incluido en la revisión	Tipo de intervenciones incluidas en la revisión	Contexto de los estudios incluidos en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Calidad metodológica de la revisión
6	King , 2006	Población: Niños y adolescentes menores de 18 años con TDHA incluyendo trastorno hiperquinético con ICD 10 y/o DSM IV.	En esta revisión se evaluó costo efectividad de MPH, ATX y DEX.	Se conduce desde julio 2004, reportes publicados o no sin restricciones de lenguaje.  -Los estudios fueron seleccionados con los criterios modificados del	-Síntomas centrales (CORE): Índice de hiperactividad, inatención e impulsividad por varias escalas predominantemente Conners.  -Impresión clínica global	-Estudios aleatorizados controlados de al menos 3 semanas de duración y revisiones sistemáticas para efectos adversos.	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : Incorpora tres revisiones previas: Jadad (AHRQ), 1999, la de Millar (CCOHTA), 1999 y de NICE, 2000 que se basa en un reporte del AHRQ de 1999 de donde se obtuvo 65 estudios de los cuales 40 se incluyeron y el resto (25 art.) se obtuvo de bases de

				<p>CRD Reporte No. 4 con 2 revisores independientes.</p> <p>Se excluyen artículos que evaluaron: test de funciones psicológicas, ansiedad, depresión, figuras sin números.</p>	<p>ICG (calidad de vida-CV).</p> <p>- Efectos adversos (EA): apetito, insomnio, cefalea, dolor estomacal y pérdida de peso.</p>		<p>datos de 1981 en adelante, para MPH desde 1999 a 2004. Atxy dex: 1981 y 1997 respectivamente.</p> <p>De las base de datos: 1980-2004 –CINAHL CENTRAL, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), EMBASE, Health Technology Assessment (HTA) Database, Health Economic Evaluations Database (HEED), Medline, NHS Economic Evaluation Database (NHS EED), PreMedline, PsycINFO, Science Citation Index (SCI) y topline.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico</u>: Se identifica los diseños de cada estudio, los criterios de análisis de validez interna y los resultados de cada estudio en forma individual</p>
--	--	--	--	--	---	--	---

### 9.2.2.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Intervención	Población y contexto	Variables de resultado	Diseño	Calidad metodológica	Observaciones
1	Steele, 2006	Intervención: MPH OROS (od)	Población: 147 niños. De 6 a 12	Principal: Síntomas de la ADHD con el SNAP-	Estudio multicéntrico, abierto	Estudio aleatorizado no especificado el método,	La limitación es por no ser ciego; los padres pueden

		vs IR MPH y cuidados usuales. Toronto, Canadá.	años. En 13 centros de Canadá con dx TDHA por DSM IV.	IV (padres). -Otras escalas de síntomas a través de IOWA Conners, escala familiar Conners versión corta, índice de stress, escala analógica para desempeño social, impresión clínica global de severidad y de mejora de los padres y satisfacción.	aleatorizado por 8 semanas. Primera 4 semanas de titulación y las otras 4 de mantenimiento.	es abierto, no se describe análisis por intención de tratar y se detallan las retiradas, un total de 400 personas escrutadas y quedan 147 que se someten al estudio.	preferir el uso de una nueva presentación del MPH; no evalúa la estigmatización de toma de medicamento en la escuela, ni los síntomas conductuales en la misma.
2	Wolraich, 2001	Intervención: MPH IR: 97; MPH oros: 95; placebo: 90	Población 312 niños con TDAH entre 6 y 12 años Estudio en Estados Unidos Multicéntrico	Sintomas del TDAH por escalas: Primario por IOWA Conners padres y profesores Otros: Impresión clínica global, SNAP IV, satisfacción.	Multicéntrico aleatorio doble ciego. Por 28 días.	Estudio aleatorizado no está descrito el método, el ciego no se describe explícitamente quienes son, y están descritas las retiradas del estudio.	La limitación es que existe un porcentaje alto de retirada (26%) en el grupo de placebo, puede deberse a que anteriormente recibían estimulantes.

### 9.2.3 MPH indicado por médicos de APS vs médicos psiquiatras

No se obtuvo ni revisiones sistemáticas ni estudios primarios.

## 9.2.4 Atomexetina (ATX) vs placebo

### 9.2.4.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Tipo de paciente incluido en la revisión	Tipo de intervenciones incluidas en la revisión	Contexto de los estudios incluidos en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Calidad metodológica de la revisión
6	King , 2006	Población : Niños y adolescentes menores de 18 años con TDHA incluyendo trastorno hiperquinético con ICD 10 y/o DSM IV	En esta revisión se evaluó costo efectividad de MPH, ATX y DEX.	<p>Se conduce desde julio 2004, reportes publicados o no, sin restricciones de lenguaje.</p> <p>-Los estudios fueron seleccionados con los criterios modificados del CRD Reporte No. 4 con 2 revisores independientes.</p> <p>Se excluyen artículos que evaluaron: test de funciones psicológicas, ansiedad, depresión, figuras sin números.</p>	<p>-Síntomas centrales (CORE): Índice de hiperactividad, inatención e impulsividad por varias escalas predominantemente Conners.</p> <p>-Impresión clínica global ICG (calidad de vida-CV.)</p> <p>- Efectos adversos (EA): apetito, insomnio, cefalea, dolor estomacal y pérdida de peso.</p>	-Estudios aleatorizados controlados de al menos 3 semanas de duración y revisiones sistemáticas para efectos adversos.	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u>: Incorpora tres revisiones previas: Jadad (AHRQ), 1999, la de Millar (CCOHTA), 1999 y de NICE, 2000 que se basa en un reporte del AHRQ de 1999 de donde se obtuvo 65 estudios de los cuales 40 se incluyeron y el resto (25 art.) se obtuvo de bases de datos de 1981 en adelante, para MPH desde 1999 a 2004. Atxy dex: 1981 y1997 respectivamente.</p> <p>De las base de datos: 1980-2004 –CINAHL CENTRAL, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), EMBASE, Health Technology Assessment (HTA) Database, Health Economic Evaluations Database (HEED), Medline, NHS Economic Evaluation Database (NHS EED), PreMedline,</p>

							<p>PsycINFO, Science Citation Index (SCI) y topline.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico:</u> Se identifica los diseños de cada estudio, los criterios de análisis de validez interna y los resultados de cada estudio en forma individual.</p>
2	Garcés, 2003 Canadá	Población: Niños y adolescentes con dx de TDHA a través del DSM IV.	Intervención: ATX en dosis de 0,5 a 1,8 mg/k/bid vs placebo.	<p>No se evalúa los criterios de búsqueda, ni de validez interna de los estudios seleccionados.</p> <p>Se refiere a una revisión en Canadá de la CCOHTA para una droga de poco uso en ese país.</p>	<p>Escala de calificación de ADHD (RS), una disminución de ésta es aumento de los síntomas.</p>	4 estudios aleatorizados controlados.	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica:</u> Esta revisión no especifica los criterios de selección ni las fuentes de los artículos descritos. El autor solo reporta 6 estudios, de los cuales solo 4 son de interés para el análisis, los otros 2 se excluyen por ser de adultos. Los estudios son: Michelson 2001 P (297); Michelson 2002 P (171); 2 art de Spencer 2002 P (147) y Spencer 2002(144)</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico:</u> Se identifica los diseños de los 4 estudios y sus resultados, no se describe los criterios de análisis de validez interna a través de escalas.</p>

**Estudios primarios:**

#	Estudio	Intervención	Población y contexto	Variables de resultado	Diseño	Calidad metodológica	Observaciones
10	Kelsey, 2004	Intervención: atomoxetina vs placebo.	Población: 197 niños de 6 a 12 años con TDAH, realizado en 12 centros ambulatorios en Estados Unidos.	La medida primaria el Trastorno de Atención Rating Scale-IV-Parent Versión: Investigador-  Otros: Evaluación del comportamiento en la noche y mañana por los padres en una base de datos electrónica.	Ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico, doble ciego, paralelo, controlado con placebo por 8 semanas	No se reporta el método de aleatorización, ni quienes están en el ciego.  Bien descrito el análisis por intención de tratar y las retiradas.	Hay limitaciones en la asignación de menos pacientes a placebo, de igual forma sólo se evalúa los síntomas por los padres y no en la escuela.
2	Bierderman, 2002	Intervención: atomoxetina y placebo.	Población: 52 niñas con TDAH de un subgrupo de 291 entre 7 y 13 años. Multicentrico en Estados Unidos	Síntomas a través de Escala de hiperactividad IV para padres. Otras: la versión corta de escala de Conners y la de severidad de impresión clínica global.	Ensayo doble ciego, controlado con placebo	Está descrito el método de aleatorización y el ciego durante la fase. El análisis por intención de tratar se limita a un grupo pequeño de niñas.	La limitación del estudio se refiere a que los datos son aportados por los profesores en su mayoría, no descrito en los outcome.
12	Michelson, 2002	Intervención: atomoxetina (administrado una vez al día) o placebo.	Población: 171 en edades entre 6 y 16 años con TDAH. Estados Unidos Multicéntrico	Síntomas a través de Escala de Calificación IV.	Estudio doble ciego, asignados aleatoriamente. Duración: 6 semanas	La aleatorización no esta descrita el método ni el ciego de los asignados, parcialmente descritas las retiradas y el	La limitación es por el tamaño de la muestra, la duración del estudio.  No se puede comparar la efectividad de una

						análisis de intención por tratar.	dosis por no existir la comparación con dos dosis por día.
13	Michelson, 2001	Intervención: placebo o atomoxetina en una dosis ajustada a su peso base a 0,5mg/kg/d, 1,2 mg/kg/d, o 1,8 mg/kg/día durante 8 semanas.	Población: 297 entre 8 y 18 años Estados Unidos Multicéntrico	Síntomas de ADHD, los síntomas afectivos, sociales y de funcionamiento familiar y se evaluó a través de los padres y las escalas de calificación investigador	Ensayo clínico aleatorizado	No se especifica el método de aleatorización, ni quienes están en el ciego. No existe análisis por intención de tratar.	Limitaciones se refieren a la corta duración del estudio, a la poca descripción de la aleatorización y el ciego.

## 9.2.5 ATX vs MPH

### 9.2.5.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Tipo de paciente incluido en la revisión	Tipo de intervenciones incluidas en la revisión	Contexto de los estudios incluidos en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Calidad metodológica de la revisión
6	King , 2006	Población: Niños y adolescentes menores de 18 años con TDHA incluyendo	En esta revisión se evaluó costo efectividad de MPH, ATX y DEX.	Se conduce desde julio 2004 reportes publicados o no, sin restricciones de	-Síntomas centrales (CORE): Índice de hiperactividad, inatención e impulsividad por varias	Estudios aleatorizados controlados de al menos 3 semanas de duración y	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : Incorpora tres revisiones previas: Jadad (AHRQ), 1999, la de Millar (CCOHTA), 1999 y de NICE,

		trastorno hiperquinético con ICD 10 y/o DSM IV		<p>lenguaje.</p> <p>-Los estudios fueron seleccionados con los criterios modificados del CRD Reporte No. 4 con 2 revisores independientes.</p> <p>Se excluyen artículos que evaluaron: test de funciones psicológicas, ansiedad, depresión, figuras sin números.</p>	<p>escalas predominantemente Conners.</p> <p>-Impresión clínica global ICG (calidad de vida-CV).</p> <p>- Efectos adversos (EA): apetito, insomnio, cefalea, dolor estomacal y pérdida de peso.</p>	<p>revisiones sistemáticas para efectos adversos.</p>	<p>2000 que se basa en un reporte del AHRQ del 1999 de donde se obtuvo 65 estudios, de los cuales 40 se incluyeron y el resto (25 art.) se obtuvo de bases de datos de 1981 en adelante, para MPH desde 1999 al 2004. Atxy dex: 1981 y1997 respectivamente.</p> <p>De las base de datos: 1980-2004 –CINAHL CENTRAL, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), EMBASE, Health Technology Assessment (HTA) Database, Health Economic Evaluations Database (HEED), Medline, NHS Economic Evaluation Database (NHS EED), PreMedline, PsycINFO, Science Citation Index (SCI) y topline.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico:</u> Se identifica los diseños de cada estudio, los criterios de análisis de validez interna y los resultados de cada estudio en forma individual.</p>
2	Garcés 2003	Población: Niños y adolescentes con dx de TDHA a	Intervención: ATX en dosis de 0,5 a 1,8 mg/k/bid vs	No se evalúa los criterios de búsqueda, ni de	Escala de calificación de ADHD (RS) una disminución de ésta es	4 estudios, aleatorizados,	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica:</u> Esta revisión no especifica los</p>

		través del DSM IV.	placebo).	<p>validez interna de los estudios seleccionados.</p> <p>Se refiere a una revisión en Canadá de la CCOHTA para una droga de poco uso en ese país.</p>	aumento de los síntomas.	controlados.	<p>criterios de selección ni las fuentes de los artículos descritos. El autor solo reporta 6 estudios, de los cuales solo 4 son de interés para el análisis, los otros 2 se excluyen por ser de adultos. Los estudios son: Michelson 2001 P (297); Michelson 2002 P (171); 2 art de Spencer 2002 P (147) y Spencer 2002(144)</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico:</u> Se identifica los diseños de los 4 estudios y sus resultados, no se describe los criterios de análisis de validez interna a través de escalas.</p>
--	--	--------------------	-----------	---	--------------------------	--------------	--

**9.2.5.2 Estudios primarios:**

No hay reportes de estudios primarios.

## 9.2.6 Anfetamina (DEX) vs MPH

### 9.2.6.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Tipo de paciente incluido en la revisión	Tipo de intervenciones incluidas en la revisión	Contexto de los estudios incluidos en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Calidad metodológica de la revisión
6	King, 2006	Población: Niños y adolescentes menores de 18 años con TDHA incluyendo trastorno hiperquinético con ICD 10 y/o DSM IV.	En esta revisión se evaluó costo efectividad de MPH, ATX y DEX.	<p>Se conduce desde Julio 2004, reportes publicados o no sin restricciones de lenguaje.</p> <p>-Los estudios fueron seleccionados con los criterios modificados del CRD Reporte No. 4 con 2 revisores independientes.</p> <p>Se excluyen artículos que evaluaron: test de funciones psicológicas, ansiedad, depresión, figuras sin números.</p>	<p>- Síntomas centrales (CORE): Índice de hiperactividad, inatención e impulsividad por varias escalas predominantemente Conners.</p> <p>-Impresión clínica global ICG (calidad de vida-CV).</p> <p>- Efectos adversos (EA): apetito, insomnio, cefalea, dolor estomacal y pérdida de peso.</p>	-Estudios aleatorizados controlados de al menos 3 semanas de duración y revisiones sistemáticas para efectos adversos.	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u>: Incorpora tres revisiones previas: Jadad (AHRQ), 1999, la de Millar (CCOHTA), 1999 y de NICE, 2000 que se basa en un reporte del AHRQ de 1999 de donde se obtuvo 65 estudios, de los cuales 40 se incluyeron y el resto (25 art.) se obtuvo de bases de datos de 1981 en adelante, para MPH desde 1999 a 2004. Atxy dex: 1981 y 1997 respectivamente.</p> <p>De las base de datos: 1980-2004 –CINAHL CENTRAL, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), EMBASE, Health Technology Assessment (HTA) Database, Health Economic Evaluations Database (HEED), Medline, NHS Economic Evaluation Database (NHS EED),</p>

							<p>PreMedline, PsycINFO, Science Citation Index (SCI) y topline.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico:</u> Se identifica los diseños de cada estudio, los criterios de análisis de validez interna y los resultados de cada estudio en forma individual.</p>
5	Jadad (AHRQ), 1999	Población: niños y adolescentes con TDHA.	<p>En esta revisión se evaluó para el TDHA la efectividad y seguridad a corto y largo plazo de las intervenciones con drogas y no drogas y la efectividad al compararla sola o combinada.</p>	<p>Se escogen estudios en humanos, sin restricciones de lenguaje ni geográficas.</p> <p>De los que se obtuvo el reporte completo.</p> <p>La revisión se hizo por pares en forma independiente y las discrepancias fueron consensuadas.</p> <p>Se usaron escalas de evaluación de la calidad, entre ellas Jadad.</p> <p>El 83%(64) duró</p>	<p>-Core / Global síntomas.</p> <p>-Falta de atención / hiperactividad / impulsividad.</p> <p>-Conducta / trastornos de oposición.</p> <p>-Depresión.</p> <p>-Efectos Adversos.</p>	<p>77 Estudios aleatorizados controlados.</p> <p>Estudios no aleatorizados y controlados si reportan efectos adversos con duración de más de 16 semanas.</p>	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica:</u> Sin restricciones de lenguaje ni geográficas. De las bases de datos siguientes: Medline (de1966), CINAHL (de 1982), HEALTHStar (de 1975), PsycINFO (de 1984), EMBASE (de 1984), y la librería Cochrane 1997, de Web institucionales, y citas de las referencias se obtuvo 2.405 citas y se incluyeron sólo 77 artículos y para esta pregunta se obtuvieron 44 artículos.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico:</u> Se identifica los diseños de cada estudio, los criterios de análisis de validez interna a través de escalas, donde el MTA obtuvo el mayor puntaje</p>

				<p>12 semanas o menos.</p> <p>Las características de las intervenciones no farmacológicas son pobres.</p> <p>-Una tercera parte menciona grupo étnico y la mayoría personas blancas y negros americanos (35 estudios).</p> <p>20 estudios no reportaron criterios de inclusión y la mitad los criterios de exclusión.</p> <p>43 estudios no reportan comorbilidades.</p> <p>En 45 estudios no se reportan las características familiares.</p> <p>No se mide en más de la mitad de los artículos la fidelidad ni cumplimiento del</p>			<p>y los resultados de cada estudio en forma individual.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

				tratamiento. Solo se reportan tiempos basales en 54 estudios.			
--	--	--	--	--	--	--	--

### 9.2.6.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Intervención	Población y contexto	Variables de resultado	Diseño	Calidad metodológica	Observaciones
5	Cox, 2006	Intervención: 72 MPH oros; 30 mg sal anfetamina vs placebo.	Población: 35 adolescentes 19 masculinos y 16 femeninas con ADHD promedio 17,8 en Virginia, Estados Unidos	Evaluación del conducir vehículos por un simulador en las tardes: 5, 8 y 11 pm.	Aleatorizado, doble ciego y cruzado.	Se especifica el método de aleatorización y el doble ciego (participantes e investigadores).	Existe limitación en la comparación entre los dos estimulantes con potencia diferente de una sobre otra predomina la anfetamina sobre MPH 2:1. De igual manera, el número pequeño de la muestra y el subtipo que predominó fue el hiperactivo.
1	Ardoin, 2000	Intervención 3 ptes con MPH y 3 con anfetaminas.	Población: 6 niños con TDAH entre 10 a 13 años y con 1 año de medicación. New Cork, Estados Unidos	Valoración por sí mismos de los efectos de la medicación a través de un cuestionario construido y validado por los autores. Otros: modelo basado en currículo automatizado, observación y efectos adversos en un salón de clase simulado.	Estudios doble ciego controlado.	Es cuasialeatorizado y el ciego se establece para los niños y los observadores.	Las limitaciones son por el número de participantes pequeño (6). No se confirma el diagnóstico de TDHA establecido por los pediatras que derivan.  Limitaciones en el sitio de la realización y la duración corta del mismo.

16	Pelham, 1999	<p>Intervenciones: Los niños recibieron, en orden aleatorio con cruces diarios, cada una de las siguientes condiciones:</p> <p>1) placebo,</p> <p>2) 0,3 mg / kg de MPH recibido 3 veces,</p> <p>3) 0,3 mg / kg de MPH recibido 7:30 AM y 11:30 AM, con 0,15 mg / kg a las 3:30 PM,</p> <p>4) 0,3 mg / kg de MPH mañana, 5) 0,3 mg / kg de Adderall recibido a las 7:30 AM y a las 3:30 PM</p> <p>6) 0,3 mg / kg de Adderall una vez en la mañana con 0,15 mg / kg a las 3:30 PM.</p> <p>7) 0,3 mg / kg de Adderall en la mañana solamente.</p>	<p>Participantes: 21 niños TDAH (19 varones y 2 mujeres), edad: 6 y 12 años. En NY Estados Unidos</p>	<p>-Diario de los tipos de comportamientos sociales y académicos, y normalización de las calificaciones de los consejeros y profesores, se evaluarán en función de las horas entre las 8:00 AM y 3:30 PM (una típica la escuela-día). Programa de verano</p> <p>- Efectos de las 3:30 PM en dosis de funcionamiento por las tardes en casa fueron evaluados utilizando puntuaciones de los padres del comportamiento y los efectos secundarios.</p>	<p>-Estudio controlado con placebo, cruzado. Por 8 semanas.</p>	<p>No describe el método de aleatorización, ni identifica los ciegos, están bien descritas las retiradas del estudio.</p>	<p>Se requieren estudios que comparen directamente con anfetamina y diferentes dosis; que se evalúe en la misma escuela, y de mayor duración.</p>
----	--------------	---	---	---	---	---	---

## 9.2.7 Antidepresivo vs MPH

### 9.2.7.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Tipo de paciente incluido en la revisión	Tipo de intervenciones incluidas en la revisión	Contexto de los estudios incluidos en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Calidad metodológica de la revisión
5	Jadad (AHRQ), 1999	Población: niños y adolescentes con TDHA.	En esta revisión se evaluó para el TDHA la efectividad y seguridad a corto y largo plazo de las intervenciones con drogas y no drogas y la efectividad al compararla sola o combinada.	<p>Se escogen estudios en humanos, sin restricciones de lenguaje ni geográficas.</p> <p>De los que se obtuvo el reporte completo.</p> <p>La revisión se hizo por pares en forma independiente y las discrepancias fueron consensuadas.</p> <p>Se usaron escalas de evaluación de la calidad, entre ellas Jadad.</p> <p>El 83% (64) duró 12 semanas o menos.</p> <p>Las características de las intervenciones no</p>	<p>-Core / Global síntomas.</p> <p>-Falta de atención / hiperactividad / impulsividad.</p> <p>-Conducta / trastornos de oposición</p> <p>-Depresión.</p> <p>-Efectos adversos.</p>	<p>77 Estudios aleatorizados controlados.</p> <p>Y estudios no aleatorizados y controlados si reportan efectos adversos con duración de más de 16 semanas.</p>	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u>: Sin restricciones de lenguaje ni geográficas. De las bases de datos siguientes: Medline (de 1966), CINAHL (de 1982), HEALTHStar (de 1975), PsycINFO (de 1984), EMBASE (de 1984), y la librería Cochrane 1997, de Web institucionales, y citas de las referencias se obtuvo 2.405 citas y se incluyeron solo 77 artículos y para esta pregunta se obtuvieron 44 artículos.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico</u>: Se identifica los diseños de cada estudio, los criterios de análisis de validez interna a través de escalas, donde el MTA obtuvo el mayor puntaje y los resultados de cada estudio en forma individual.</p>

				<p>farmacológicas son pobres.</p> <p>Una tercera parte menciona grupo étnico y la mayoría personas blancas y negros americanos(35 estudios)</p> <p>20 estudios no reportaron criterios de inclusión y la mitad los criterios de exclusión.</p> <p>43 estudios no reportan comorbilidades.</p> <p>En 45 estudios no se reportan las características familiares.</p> <p>No se mide, en más de la mitad de los artículos, la fidelidad ni el cumplimiento del tratamiento.</p> <p>Sólo se reportan tiempos basales en 54 estudios.</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

### 9.2.7.2 Estudios primarios:

No hay reportes de estudios.

### 9.2.8 Alfa agonistas vs MPH

No hay reportes de revisiones y estudios.

### 9.2.9 MPH + psicoterapia individual vs MPH solo

#### 9.2.9.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Tipo de paciente incluido en la revisión	Tipo de intervenciones incluidas en la revisión	Contexto de los estudios incluidos en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Calidad metodológica de la revisión
5	Jadad (AHRO), 1999	Población: niños y adolescentes con TDHA.	En esta revisión se evaluó para el TDHA la efectividad y seguridad a corto y largo plazo de las intervenciones con drogas y no drogas y la efectividad al compararlas solas o combinadas.	Se escogen estudios en humanos, sin restricciones de lenguaje ni geográficas.  De los que se obtuvo el reporte completo.  La revisión se hizo por pares en forma independiente y las discrepancias fueron consensuadas.	-Core / Global síntomas.  -Falta de atención / hiperactividad / impulsividad.  -Conducta / trastornos de oposición.  -Depresión.  -Efectos adversos	77 Estudios aleatorizados controlados.  Estudios no aleatorizados y controlados si reportan efectos adversos con duración de más de 16 semanas.	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : Sin restricciones de lenguaje ni geográficas. De la bases de datos siguientes: Medline (de1966), CINAHL (de 1982), HEALTHStar (de 1975), PsycINFO (de 1984), EMBASE (de 1984), y la librería Cochrane 1997, de Web institucionales, y citas de las referencias se obtuvo 2.405 citas y se incluyeron sólo 77 artículos y para esta pregunta se obtuvieron 44 artículos.  b. <u>Calidad del análisis crítico</u> :

				<p>Se usaron escalas de evaluación de la calidad, entre ellas Jadad.</p> <p>El 83% (64) duró 12 semanas o menos.</p> <p>Las características de las intervenciones no farmacológicas son pobres.</p> <p>Una tercera parte menciona grupo étnico y la mayoría personas blancas y negros americanos (35 estudios).</p> <p>20 estudios no reportaron criterios de inclusión y la mitad los criterios de exclusión.</p> <p>43 estudios no reportan comorbilidades.</p> <p>En 45 estudios no se reportan las características familiares.</p>			<p>Se identifica los diseños de cada estudio, los criterios de análisis de validez interna a través de escalas, donde el MTA obtuvo el mayor puntaje y los resultados de cada estudio en forma individual.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

				<p>No se mide, en más de la mitad de los artículos, la fidelidad ni el cumplimiento del tratamiento.</p> <p>Sólo se reportan tiempos basales en 54 estudios.</p>			
10	Miller, 1999	<p>Población: Niños y adolescentes de 0-18 años con Dx TDHA explícito por los criterios asumidos por el DSM III a partir de 1980.</p>	<p>Efectividad de varias estrategias de tratamiento en TDHA.</p> <p>De los 26 estudios 24 involucraron medicamentos, 19 de ellos con MPH y 4 con anfetaminas.</p>	<p>Se realizó una búsqueda amplia desde 1981 en forma detallada sin limitaciones.</p> <p>La calidad de los trabajos fue por revisión de pares usando 3 tipos de escalas, con alta coincidencia entre ellos.</p> <p>La media de la muestra fue 53 sujetos.</p> <p>El % de pérdida fue en promedio de 21% y es señalada la causa en 38%.</p>	<p>.- Aspectos del Comportamiento discernibles por maestros, padres o médicos en la vida cotidiana Estados Unidos no la escala de Conners o relacionadas</p>	<p>26 Estudios aleatorizados o no, Controlados o no.</p>	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u>: La revisión se realizó en agosto 1997, de artículos producidos a partir de 1981 en las base de datos: Medline, Healthstar, PsycINFO, First Search, CIJE, EMBASE, base de datos Cochrane Canadá y 10 libros consultados manualmente, se obtuvo 26 estudios.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico</u>: Se especificó el diseño de cada estudio, su validez interna y se muestra los resultados en forma individual.</p>

### 9.2.9.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Intervención	Población y contexto	Diseño	Variables de resultado	Calidad metodológica	Observaciones
15	MTA, 2004	Intervención: Manejo con medicamentos; terapia intensiva de conducta; (hogar, escuela, programa individual y grupal en campamentos); terapias combinadas y servicios comunitarios	Población 579 niños (7 a 9,9 años) con TDHA, de los cuales 540 (95%) se incorporan al estudio 24 meses postaleatorización, en 6 sitios donde se desarrolla el tratamiento multimodal por el Instituto de salud mental para TDHA en Estados Unidos.	Estudios aleatorizados controlados	-La escala de padres y profesores de Swanson, Nolan, y Pelham para síntomas TDHA (SNAP). -Síntomas de trastorno desafiante oposicional por profesores y padres (ODD). -Test individual Wechsler (lectura) -Factor de disciplina negativa/inefectiva -Conducta social por padres y profesores del sistema de conducta social (SSRS).	No señala el método de aleatorización. Ciego para el investigador y los participantes, con análisis parcial por intención de tratar y de las retiradas.	Las retiradas en el grupo de medicamentos son ligeramente mayores que en los otros; los resultados primarios favorables son dados por los padres y profesores no ciegos al tratamiento.  Este estudio es de varios reportes y sucesivamente los tratamientos conductuales realizados son más explícitos y con mayor cumplimiento.  Para este trabajo se consideró la significación de $p < 0,01$ a diferencia de los reportes anteriores en $p < 0,05$ que pueden influir en las significación estadística.

## 9.2.10 MPH + psicoterapia grupal vs MPH solo

No hay reportes de revisiones y estudios.

## 9.2.11 MPH + intervenciones psicosociales vs MPH solo

### 9.2.11.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Tipo de paciente incluido en la revisión	Tipo de intervenciones incluidas en la revisión	Contexto de los estudios incluidos en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Calidad metodológica de la revisión
5	Jadad (AHRQ), 1999	Población: niños y adolescentes con TDHA.	En esta revisión se evaluó para el TDHA la efectividad y seguridad a corto y largo plazo de las intervenciones con drogas y no drogas y la efectividad al compararlas solas o combinadas.	Se escogen estudios en humanos, sin restricciones de lenguaje ni geográficas.  De los que se obtuvo el reporte completo.  La revisión se hizo por pares en forma independiente y las discrepancias fueron consensuadas.  Se usaron escalas de evaluación de la calidad, entre ellas Jadad.	-Core / Global síntomas.  -Falta de atención / hiperactividad / impulsividad.  -Conducta / trastornos de oposición.  -Depresión.  -Efectos adversos.	77 Estudios aleatorizados controlados.  Estudios no aleatorizados y controlados si reportan efectos adversos con duración de más de 16 semanas.	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : Sin restricciones de lenguaje ni geográficas. De las bases de datos siguientes: Medline (de 1966), CINAHL (de 1982), HEALTHStar (de 1975), PsycINFO (de 1984), EMBASE (de 1984), y la librería Cochrane 1997, de Web institucionales, y citas de las referencias se obtuvo 2.405 citas y se incluyeron sólo 77 artículos y para esta Pregunta se obtuvieron 44 artículos.  b. <u>Calidad del análisis crítico</u> : Se identifica los diseños de cada estudio, los criterios de análisis de validez interna a través de escalas, donde el MTA obtuvo el mayor puntaje

				<p>El 83% (64) duró 12 semanas o menos.</p> <p>Las características de las intervenciones no farmacológicas son pobres</p> <p>Una tercera parte menciona grupo étnico y la mayoría personas blancas y negros americanos (35 estudios).</p> <p>20 estudios no reportaron criterios de inclusión y la mitad los criterios de exclusión.</p> <p>43 estudios no reportan comorbilidades.</p> <p>En 45 estudios no se reportan las características familiares.</p> <p>No se mide, en más de la mitad de los artículos, la fidelidad ni el</p>			<p>y los resultados de cada estudio en forma individual.</p>
--	--	--	--	---	--	--	--

				<p>cumplimiento del tratamiento.</p> <p>Sólo se reportan tiempos basales en 54 estudios.</p>			
10	Miller, 1999	<p>Población: Niños y adolescentes de 0-18 años con Dx TDHA explícito por los criterios asumidos por el DSM III a partir de 1980.</p>	<p>Efectividad de varias estrategias de tratamiento en TDHA.</p> <p>De los 26 estudios 24 involucraron medicamentos, 19 de ellos con MPH y 4 con anfetaminas.</p>	<p>Se realizó una búsqueda amplia desde 1981 en forma detallada sin limitaciones.</p> <p>La calidad de los trabajos fue por revisión de pares usando 3 tipos de escalas, con alta coincidencia entre ellos.</p> <p>La media de la muestra fue 53 sujetos.</p> <p>El % de pérdida fue en promedio de 21% y es señalada la causa en 38%.</p>	<p>.- Aspectos del Comportamiento discernibles por maestros, padres o médicos en la vida cotidiana Estados Unidosnd la escala de Conners o relacionadas</p>	<p>26 Estudios aleatorizados o no, controlados o no.</p>	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica:</u> La revisión se realizó en agosto 1997, de artículos producidos a partir de 1981 en las bases de datos: Medline, Healthstar, PsycINFO, First Search, CIJE, EMBASE, base de datos Cochrane Canadá y 10 libros consultados manualmente, se obtuvo 26 estudios.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico:</u> Se especificó el diseño de cada estudio, su validez interna y se muestra los resultados en forma individual.</p>

### 9.2.11.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Intervención	Población y contexto	Diseño	Variables de resultado	Calidad metodológica	Observaciones
15	MTA, 2004	Intervención: son 4: Manejo con medicamentos; terapia intensiva de conducta; (hogar, escuela, programa individual y grupal en campamentos); terapias combinadas y servicios comunitarios.	Población 579 niños (7 a 9,9 años) con TDHA, de los cuales 540 (95%) se incorporan al estudio 24 meses postaleatorización, en 6 sitios donde se desarrolla el tratamiento multimodal por el Instituto de salud mental para TDHA en Estados Unidos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) La escala de padres y profesores de Swanson, Nolan, y Pelham para síntomas TDHA(SNAP).</li> <li>2) Síntomas de trastorno desafiante oposicional por profesores y padres (ODD).</li> <li>3) Test individual Wechsler (lectura).</li> <li>4)Factor de disciplina negativa/inefectiva.</li> <li>5) Conducta social por padres y profesores del sistema de conducta social (SSRS).</li> </ol>	Estudio aleatorizado controlado	No señala el método de aleatorización; ciego para el investigador y los participantes, con análisis parcial por intención de tratar y de las retiradas.	<p>Las retiradas en el grupo de medicamentos son ligeramente mayores que en los otros; los resultados primarios favorables son dados por los padres y profesores no ciegos al tratamiento.</p> <p>Este estudio es de varios reportes y sucesivamente los tratamientos conductuales realizados son más explícitos y de mayor cumplimiento.</p> <p>Para este trabajo se consideró la significación de <math>p &lt; 0,01</math> a diferencia de los reportes anteriores en <math>p &lt; 0,05</math> que pueden influir en las significación estadística.</p>

9	Gulley, 2003	Intervención: MPH de 0,5 a 0, 6 mg/kg (10 a 15 mg/día) y 3 tratamientos de conducta: DRA (comportamiento alternativo diferenciado reforzado) solo, DRA más costos y DRA más time-out, vs placebo.	Población: 3 estudiantes de 4, 6 y 7 años. Louisiana, Estados Unidos.	Estudio secuencial: incrementando dosis de MPH o cambiando la terapia conductual.	Comportamiento perturbador: por Barkley y Max, tales como vocalizaciones inadecuadas, jugar con objetos y lanzarlos, destrucción de materiales.	No aleatorizado, ni doble ciego. Muestra pequeña. baja calidad de estudio.	Estudio con limitaciones por su baja calidad metodológica.
---	--------------	---	---	---	---	--	--

### 9.2.12 MPH + intervenciones del equipo APS y psicosociales vs MPH solo

No hay reportes ni de revisiones ni estudios.

### 9.2.13 Intervenciones psicosociales vs MPH

#### 9.2.13.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Tipo de paciente incluido en la revisión	Tipo de intervenciones incluidas en la revisión	Contexto de los estudios incluidos en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Calidad metodológica de la revisión
6	King , 2006	Población : Niños y adolescentes menores de 18 años con TDHA incluyendo trastorno	En esta revisión se evaluó costo efectividad de MPH, ATX y DEX.	Se conduce desde julio 2004, reportes publicados o no sin restricciones de lenguaje.	-Síntomas centrales (CORE): Índice de hiperactividad, inatención e impulsividad por varias escalas	-Estudios aleatorizados controlados de al menos 3 semanas de duración y	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : Incorpora tres revisiones previas: Jadad (AHRO), 1999, la de Millar (CCOHTA), 1999 y de NICE, 2000 que se basa en un

		<p>hiperquinético con ICD 10 y/o DSM IV.</p>		<p>-Los estudios fueron seleccionados con los criterios modificados del CRD Reporte No. 4 con 2 revisores independientes.</p> <p>Se excluyen artículos que evaluaron: test de funciones psicológicas, ansiedad, depresión, figuras sin números.</p>	<p>predominantemente Connors.</p> <p>-Impresión clínica global ICG (calidad de vida-CV).</p> <p>-Efectos adversos(EA): apetito, insomnio, cefalea, dolor estomacal y pérdida de peso.</p>	<p>revisiones sistemáticas para efectos adversos.</p>	<p>reporte del AHRQ de 1999 de donde se obtuvo 65 estudios, de los cuales 40 se incluyeron y el resto (25 artículos) se obtuvo de bases de datos de 1981 en adelante, para MPH desde 1999 a 2004. Atx y dex: 1981 y 1997</p> <p>De las base de datos: 1980-2004 –CINAHL, CENTRAL, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), EMBASE, Health Technology Assessment (HTA) Database, Health Economic Evaluations Database (HEED), Medline, NHS Economic Evaluation Database (NHS EED), PreMedline, PsycINFO, Science Citation Index (SCI) y topline.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico</u>: Se identifica los diseños de cada estudio, los criterios de analisis de validez interna y los resultados de cada estudio en forma individual.</p>
--	--	--	--	---	---	---	---

10	Miller, 1999	Población: Niños y adolescentes de 0-18 años con Dx TDHA explícito Por los criterios asumidos por el DSM III a partir de 1980.	Efectividad de varias estrategias de tratamiento en TDHA.  De los 26 estudios 24 involucraron medicamentos, 19 de ellos con MPH y 4 con anfetaminas.	Se realizó una búsqueda amplia desde 1981 en forma detallada sin limitaciones.  La calidad de los trabajos fue por revisión de pares usando 3 tipos de escalas, con alta coincidencia entre ellos.  La media de la muestra fue 53 sujetos.  El % de pérdida fue en promedio de 21% y es señalada la causa en 38%.	Aspectos del Comportamiento discernibles por maestros, padres o médicos en la vida cotidiana usando la escala de Conners o relacionadas.	26 estudios aleatorizados o no, controlados o no.	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : La revisión se realizó en agosto 1997, de artículos producidos a partir de 1981 en las base de datos: Medline, Healthstar, PsycINFO, First Search, CIJE, Embase, base de datos Cochrane Canadá y 10 libros consultados manualmente, se obtuvo 26 estudios.  b. <u>Calidad del análisis crítico</u> : Se especificó el diseño de cada estudio, su validez interna y se muestran los resultados en forma individual.
5	Jadad (AHRQ), 1999	Población: niños y adolescentes con TDHA.	En esta revisión se evaluó para el TDHA la efectividad y seguridad a corto y largo plazo de las intervenciones con drogas y no drogas y la efectividad al compararlas solas o	Se escogen estudios en humanos, sin restricciones de lenguaje ni geográficas.  De los que se obtuvo el reporte completo.	-Core / Global síntomas.  -Falta de atención / hiperactividad / impulsividad.  -Conducta / trastornos de oposición.  -Depresión.	77 Estudios aleatorizados controlados.  Estudios no aleatorizados y controlados si reportan efectos adversos con duración de más	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : Sin restricciones de lenguaje ni geográficas. De la bases de datos siguientes: Medline (de 1966), CINAHL (de 1982), HEALTHStar (de 1975), PsycINFO (de 1984), EMBASE (de 1984), y la librería Cochrane 1997, de

			<p>combinadas.</p> <p>La revisión se hizo por pares en forma independiente y las discrepancias fueron consensuadas.</p> <p>Se usaron escalas de evaluación de la calidad, entre ellas Jadad.</p> <p>El 83% (64) duró 12 semanas o menos.</p> <p>Las características de las intervenciones no farmacológicas son pobres</p> <p>Una tercera parte menciona grupo étnico y la mayoría personas blancas y negros americanos (35 estudios).</p> <p>20 estudios no reportaron criterios de inclusión y la mitad los criterios de exclusión.</p> <p>43 estudios no</p>	-Efectos adversos.	de 16 semanas.	<p>Web institucionales, y citas de las referencias se obtuvo 2.405 citas y se incluyeron sólo 77 artículos y para esta pregunta se obtuvieron 44 artículos.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico</u>: Se identifica los diseños de cada estudio, los criterios de análisis de validez interna a través de escalas, donde el MTA obtuvo el mayor puntaje, y los resultados de cada estudio en forma individual.</p>
--	--	--	---	--------------------	----------------	---

				<p>reportan comorbilidades.</p> <p>En 45 estudios no se reportan las características familiares.</p> <p>No se mide, en más de la mitad de los artículos, la fidelidad ni el cumplimiento del tratamiento.</p> <p>Sólo se reportan tiempos basales en 54 estudios.</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

**9.2.13.2 Estudios primarios:**

#	Estudio	Intervención	Población y contexto	Diseño	Variables de resultado	Calidad metodológica	Observaciones
15	MTA, 2004	Intervención: son 4: Manejo con medicamentos; terapia intensiva de conducta; (hogar, escuela, programa individual y grupal en campamentos); terapias combinadas	Población 579 niños (7 a 9,9 años) con TDHA, de los cuales 540 (95%) se incorporan al estudio 24 meses postaleatorización, en 6 sitios donde se desarrolla el tratamiento multimodal por el Instituto de salud mental para TDHA	1) La escala de padres y profesores de Swanson, Nolan, y Pelham para síntomas TDHA(SNAP). 2) Síntomas de trastorno desafiante oposicional por profesores y padres (ODD).	Estudio aleatorizado controlado	No señala el método de aleatorización; ciego para el investigador y los participantes, con análisis parcial por intención de tratar y de las retiradas.	Las retiradas en el grupo de medicamentos son ligeramente mayores que en los otros; los resultados primarios favorables son dados por los padres y profesores no ciegos al tratamiento.

		y servicios comunitarios.	en Estados Unidos.	3) Test individual Wechsler (lectura). 4) Factor de disciplina negativa/inefectiva. 5) Conducta social por padres y profesores del sistema de conducta social (SSRS).			Este estudio es de varios reportes y sucesivamente los tratamientos conductuales realizados son más explícitos y de mayor cumplimiento.  Para este reporte se consideró la significación de $p < 0,01$ , a diferencia de los reportes anteriores de este mismo estudio de seguimiento, en que se consideró la $p$ de $< 0,05$ ; esto puede influir en la significación estadística.
--	--	---------------------------	--------------------	---	--	--	---

## 9.2.14 MPH + terapia familiar vs MPH

### 9.2.14.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Tipo de paciente incluido en la revisión	Tipo de intervenciones incluidas en la revisión	Contexto de los estudios incluidos en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Calidad metodológica de la revisión
5	Jadad (AHRQ), 1999	Población: niños y adolescentes con TDHA.	En esta revisión se evaluó para el TDHA la efectividad y seguridad a corto y largo plazo de las intervenciones con drogas y no drogas	Se escogen estudios en humanos, sin restricciones de lenguaje ni	-Core / Global síntomas.  -Falta de atención / hiperactividad / impulsividad.	77 Estudios Aleatorizados controlados.  Y Estudios no aleatorizados y	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : Sin restricciones de lenguaje ni geográficas. De las bases de datos siguientes: Medline (de 1966), CINAHL (de 1982), HEALTHStar (de 1975),

			<p>y la efectividad al compararlas solas o combinadas.</p>	<p>geográficas.</p> <p>De los que se obtuvo el reporte completo.</p> <p>La revisión se hizo por pares en forma independiente y las discrepancias fueron consensuadas.</p> <p>Se usaron escalas de evaluación de la calidad, entre ellas Jadad.</p> <p>El 83% (64) duró 12 semanas o menos.</p> <p>Las características de las intervenciones no farmacológicas son pobres.</p> <p>Una tercera parte menciona grupo étnico y la mayoría personas blancas y negros americanos (35 estudios).</p> <p>20 estudios no reportaron criterios</p>	<p>-Conducta / trastornos de la oposición.</p> <p>-Depresión.</p> <p>-Efectos adversos.</p>	<p>controlados si reportan efectos adversos con duración de mas de 16 semanas.</p>	<p>PsycINFO (de 1984), EMBASE (de 1984), y la librería Cochrane 1997, de Web institucionales, y citas de las referencias se obtuvo 2.405 citas y se incluyeron sólo 77 artículos y para esta Pregunta se obtuvieron 44 artículos.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico:</u> Se identifica los diseños de cada estudio, los criterios de análisis de validez interna a través de escalas, donde el MTA obtuvo el mayor puntaje, y los resultados de cada estudio en forma individual.</p>
--	--	--	--	--	---	--	---

				<p>de inclusión y la mitad los criterios de exclusión.</p> <p>43 estudios no reportan comorbilidades.</p> <p>En 45 estudios no se reportan las características familiares.</p> <p>No se mide, en más de la mitad de los artículos, la fidelidad ni el cumplimiento del tratamiento.</p> <p>Sólo se reportan tiempos basales en 54 estudios.</p>			
10	Miller, 1999	<p>Población: Niños y adolescentes de 0-18 años con Dx TDHA explícito por los criterios asumidos por el DSM III a partir de 1980.</p>	<p>Efectividad de varias estrategias de tratamiento en TDHA.</p> <p>De los 26 estudios 24 involucraron medicamentos, 19 de ellos con MPH y 4 con anfetaminas.</p>	<p>Se realizó una búsqueda amplia desde 1981 en forma detallada sin limitaciones</p> <p>La calidad de los trabajos fue por revisión de pares usando 3 tipos de escalas, con alta</p>	<p>Aspectos del Comportamiento discernibles por maestros, padres o médicos en la vida cotidiana usando la escala de Connors o relacionadas.</p>	<p>26 Estudios aleatorizados o no, controlados o no.</p>	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u>: La revisión se realizó en agosto 1997, de artículos producidos a partir de 1981 en las bases de datos: Medline, Healthstar, PsycINFO, First Search, CIJE, Embase, base de datos Cochrane Canadá y 10 libros consultados manualmente, se</p>

				<p>coincidencia entre ellos.</p> <p>La media de la muestra fue 53 sujetos.</p> <p>El % de pérdida fue en promedio del 21% y se señala la causa en 38%.</p>			<p>obtuvo 26 estudios.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico:</u> Se especificó el diseño de cada estudio, su validez interna y se muestra los resultados en forma individual.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

#### 9.2.14.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Intervención	Población y contexto	Diseño	Variables de resultado	Calidad metodológica	Observaciones
15	MTA, 2004	Intervención: son 4: Manejo con medicamentos; terapia intensiva de conducta; (hogar, escuela, programa individual y grupal en campamentos); terapias combinadas y servicios comunitarios.	Población 579 niños (7 a 9,9 años) con TDHA, de los cuales 540 (95%) se incorporan al estudio 24 meses postaleatorización, en 6 sitios donde se desarrolla el tratamiento multimodal por el Instituto de salud mental para TDHA en Estados Unidos.	<p>1) La escala de padres y profesores de Swanson, Nolan, y Pelham para síntomas TDHA (SNAP)</p> <p>2) Síntomas de trastorno desafiante oposicional por profesores y padres (ODD)</p> <p>3) Test individual Wechsler (lectura)</p> <p>4) Factor de disciplina negativa/inefectiva</p> <p>5) Conducta social</p>	Estudio aleatorizado controlado.	No señala el método de aleatorización; ciego para el investigador y los participantes, con análisis parcial por intención de tratar y de las retiradas.	<p>Las retiradas en el grupo de medicamentos son ligeramente mayores que en los otros; los resultados primarios favorables son dados por los padres y profesores no ciegos al tratamiento.</p> <p>Este estudio es de varios reportes y sucesivamente los tratamientos</p>

				por padres y profesores del sistema de conducta social (SSRS).			<p>conductuales realizados son más explícitos y de mayor cumplimiento.</p> <p>Para este reporte se consideró la significación de <math>p &lt; 0,01</math>, a diferencia de los reportes anteriores de este mismo estudio de seguimiento, en que se consideró la <math>p</math> de <math>&lt; 0,05</math>; esto puede influir en la significación estadística.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

## 9.2.15 MPH + intervención familiar vs MPH

### 9.2.15.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Tipo de paciente incluido en la revisión	Tipo de intervenciones incluidas en la revisión	Contexto de los estudios incluidos en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Calidad metodológica de la revisión
5	Jadad (AHRQ), 1999	Población: niños y adolescentes con TDHA.	En esta revisión se evaluó para el TDHA la efectividad y seguridad a corto y largo plazo de las intervenciones con drogas y no drogas y la efectividad al compararlas solas o	Se escogen estudios en humanos, sin restricciones de lenguaje ni geográficas. De los que se	-Core / Global síntomas.  -Falta de atención / hiperactividad / impulsividad.  -Conducta /	77 Estudios aleatorizados controlados.  Estudios no aleatorizados y controlados si reportan efectos	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : Sin restricciones de lenguaje ni geográficas. De las bases de datos siguientes: Medline (de 1966), CINAHL (de 1982), HEALTHStar (de 1975), PsycINFO (de 1984), EMBASE (de 1984), y la librería

			<p>combinadas.</p> <p>obtuvo el reporte completo.</p> <p>La revisión se hizo por pares en forma independiente y las discrepancias fueron consensuadas.</p> <p>Se usaron escalas de evaluación de la calidad, entre ellas Jadad.</p> <p>El 83% (64) duró 12 semanas o menos.</p> <p>Las características de las intervenciones no farmacológicas son pobres</p> <p>Una tercera parte menciona grupo étnico y la mayoría personas blancas y negros americanos (35 estudios).</p> <p>2 estudios no reportaron criterios de inclusión y la mitad los criterios</p>	<p>trastornos de oposición.</p> <p>-Depresión.</p> <p>-Efectos adversos.</p>	<p>adversos con duración de más de 16 semanas.</p>	<p>Cochrane 1997, de Web institucionales, y citas de las referencias se obtuvo 2.405 citas y se incluyeron sólo 77 artículos y para esta Pregunta se obtuvieron 44 artículos.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico:</u> Se identifica los diseños de cada estudio, los criterios de análisis de validez interna a través de escalas, donde el MTA obtuvo el mayor puntaje, y los resultados de cada estudio en forma individual.</p>
--	--	--	---	--	--	---

				<p>de exclusión.</p> <p>43 estudios no reportan comorbilidades.</p> <p>En 45 estudios no se reportan las características familiares.</p> <p>No se mide, en más de la mitad de los artículos, la fidelidad ni el cumplimiento del tratamiento.</p> <p>Sólo se reportan tiempos basales en 54 estudios.</p>			
10	Miller, 1999	<p>Población: Niños y adolescentes de 0-18 años con Dx TDHA explícito por los criterios asumidos por el DSM III a partir de 1980.</p>	<p>Efectividad de varias estrategias de tratamiento en TDHA.</p> <p>De los 26 estudios 24 involucraron medicamentos, 19 de ellos con MPH y 4 con anfetaminas.</p>	<p>Se realizó una búsqueda amplia desde 1981 en forma detallada sin limitaciones.</p> <p>La calidad de los trabajos fue por revisión de pares usando 3 tipos de escalas, con alta coincidencia entre</p>	<p>Aspectos del comportamiento discernibles por maestros, padres o médicos en la vida cotidiana usando la escala de Connors o relacionadas.</p>	<p>26 estudios aleatorizados o no, controlados o no.</p>	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u>: La revisión se realizó en agosto 1997, de artículos producidos a partir de 1981 en las base de datos: Medline, Healthstar, PsycINFO, First Search, CIJE, EMBASE, base de datos Cochrane Canadá y 10 libros consultados manualmente, se obtuvo 26 estudios.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico</u>:</p>

				ellos.  La media de la muestra fue 53 sujetos.  El % de pérdida fue en promedio de 21% y se señala la causa en 38%.			Se especificó el diseño de cada estudio, su validez interna y se muestran los resultados en forma individual.
--	--	--	--	---	--	--	---

### 9.2.15.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Intervención	Población y contexto	Diseño	Variabes de resultado	Calidad metodológica	Observaciones
15	MTA, 2004	Intervenciones: son 4: Manejo con medicamentos; terapia intensiva de conducta; (hogar, escuela, programa individual y grupal en campamentos); terapias combinadas y servicios comunitarios.	Población 579 niños (7 a 9,9 años) con TDHA, de los cuales 540 (95%) se incorporan al estudio 24 meses postaleatorización, en 6 sitios donde se desarrolla el tratamiento multimodal por el Instituto de salud mental para TDHA en Estados Unidos.	1)La escala de padres y profesores de Swanson, Nolan, y Pelham para síntomas TDHA (SNAP). 2) Síntomas de trastorno desafiante oposicional por profesores y padres (ODD). 3) Test individual Wechsler (lectura) 4) Factor de disciplina negativa/inefectiva. 5) Conducta social por padres y profesores del sistema de conducta social (SSRS).	Estudio aleatorizado controlado	No señala el método de aleatorización; Ccego para el investigador y los participantes, con análisis parcial por intención de tratar y de las retiradas.	Las retiradas en el grupo de medicamentos son ligeramente mayores que en los otros; los resultados primarios favorables son dados por los padres y profesores no ciegos al tratamiento.  Este estudio es de varios reportes y sucesivamente los tratamientos conductuales

							<p>realizados son más explícitos y de mayor cumplimiento.</p> <p>Para este reporte se consideró la significación de <math>p &lt; 0,01</math>, a diferencia de los reportes anteriores de este mismo estudio de seguimiento, en que se consideró la <math>p</math> de <math>&lt; 0,05</math>; esto puede influir en la significación estadística.</p>
14	Montiel 2002	Intervención: MPH vs entrenamiento a padres.	Población: 24 niños (16 masculinos y 8 femeninas) entre 6 y 10 años con TDAH. Maracaibo, Venezuela.	Estudio aleatorizado.	<p>Síntomas del TDAH a través de escala de Conners.</p> <p>Otros instrumentos: escala de wechsler, desarrollo académico y manejo dentro del hogar.</p>	No está descrito el método de aleatorización, no ciego, no existe análisis por intención de tratar.	Se trata de una muestra pequeña, con problemas graves incluyendo académico. No se dio entrenamiento a los profesores para la evaluación.

### 9.2.16 Intervenciones preventivas en ambiente familiar y jardín infantil en menores de 6 años vs ningún tipo de intervención preventiva

No hay reportes de revisiones sistemáticas ni estudios para esta pregunta.

### 9.2.17 Tratamiento integral por médico de APS y psiquiatra o neurólogo/a en niños o niñas con comorbilidad psiquiátrica/neurológica

#### 9.2.17.1 Revisiones sistemáticas:

No hay reportes de revisiones sistemáticas para esta pregunta.

#### 9.2.17.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Intervención	Población y contexto	Diseño	Variables de resultado	Calidad metodológica	Observaciones
20	Scheffer, 2005	Intervención: estabilización de la manía por 8 semanas con divalproato de sodio y luego: placebo vs sales de anfetamina.	Población: 40 sujetos con TDAH y trastorno bipolar. En Dallas, Estados Unidos	Posterior a estabilización de la enfermedad por 8 semanas se inicia el estudio aleatorio, doble ciego y controlado por 4 semanas y luego abierto por 12 semanas.	-Síntomas del TDHA. -Síntomas de manía (escala de clasificación de Young).	Es aleatorizado posterior a estabilización, no explica el método ni indica los ciegos, ni el análisis por intención de tratar y las retiradas.	La dosis de anfetamina es pequeña para efectividad, la muestra es pequeña. Está referido a un solo centro de estudio.
21	Spencer, 2002	Intervención: desipramina titulada en una media de 3,4 mg/Kg/d	Población: 41 niños con TDAH con comorbilidad de tic crónico incluyendo Tourette. En	Duración: 6 semanas. Ensayo clínico controlado aleatorizado doble ciego.	-Síntomas de TDAH (escala de calificación). - Síntomas de Tic (escala de Yale). - Efectos adversos,	Se describe el método y la secuencia, identifica los ciegos y describe parcialmente las retiradas.	Se evaluó a través de investigadores entrenados y no por los clínicos, mejor descripción de los EA. Duración corta del

			Boston, Estados Unidos.		de laboratorio y cardiovasculares.		estudio.
19	Scahill, 2001	Intervención: guanfacina vs placebo.	Población: 34 pacientes con TDHA combinado más Tic. En Yale Estados Unidos.	Ensayo aleatorio, doble ciego. Duración: 8 semanas.	-Índice de hiperactividad. -Escala clínica global. -Prueba de actuación continua. -Gravedad del tic. -Efectos adversos: laboratorio y cardiovasculares.	No se identifica el método de aleatorización ni los ciegos. No existe análisis por intención de tratar ni las retiradas.	Muestra pequeña y no se confirma diagnóstico.

### 9.2.18 Tratamiento integral por médico APS y psiquiatra o neurólogo/a para el trastorno hiperquinético/trastorno de atención leve, moderado o severo

No hay reportes de revisiones sistemáticas.

#### 9.2.18.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Intervención	Población y contexto	Diseño	Variables de resultado	Calidad metodológica	Observaciones
18	Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network, 2005.	Intervención: MPH de 7,5mg a 50 mg según peso vs placebo.	Población: 66 niños de un total de 72 niños entre 5 y 14 años libres de drogas con trastornos del desarrollo generalizado acompañado de	Estudio aleatorizado (no describe método), doble ciego primeras 4 semanas y luego abierto, 8 semanas.	Primaria: Evaluación del profesor de la hiperactividad en la subescala de comportamiento aberrante por lista de comprobación; definido como: "mucho mejor" o	No descrito el método de aleatorización, ni el análisis por intención de tratar ni las retiradas.	Las limitaciones son que no explora alta dosis de MPH y su corta duración.

---

			moderada a severa hiperactividad en Indianna, Estados Unidos.		"muy mejorado" en la impresión clínica global. Evaluación por los padres de la hiperactividad.		
--	--	--	---	--	--	--	--

**9.2.19 Intervenciones diferenciadas en niños vs niñas**

No hay reportes de revisiones sistemáticas ni estudios primarios.

## 10 RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS

### 10.1 Preguntas de Diagnóstico

#### 10.1.1 Test de Conners

##### 10.1.1.1 Revisiones sistemáticas:

No se encontraron revisiones sistemáticas relacionadas con el tema.

##### 10.1.1.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Características	Variable de resultado	Efecto
3	Bussing, 1998	<p>Población: 722 niños cursando de 2° - 4° grado de educación primaria en una escuela de educación especial; edades comprendidas entre los siete y doce años.</p> <p>Lugar: Florida</p> <p>Intervenciones:</p> <p>2 cuestionarios para padres: 46 ítem del Attention Deficit Disorders Evaluation Scale (ADDES) y 10 ítem del Conners Abbreviated Symptom Questionnaire (ASQ)</p>	<p>Sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y eficiencia de cada test aplicado.</p> <p>Las mediciones fueron realizadas en tres niveles de corte; para ADDES: percentiles 5, 10 y 15; para ASQ: T score 60, 65, y 70.</p>	<p>La sensibilidad del cuestionario de Conners ASQ es de 64% (60 T score) y un poco más baja (50%) para 70 T scores. La especificidad va de 73% (60 T score) a 85% (70 T score). El valor predictivo positivo va de 59 a 66% para 60 T score y 70 T score respectivamente. El valor predictivo positivo varía de 74% (70 T score) a 78% (60 T Score).</p> <p>La eficiencia de las medidas de tamizaje utilizadas varía ligeramente en los diferentes niveles de corte en un rango de 72 a 74% para ADDES y de 70 a 72% para el ASQ.</p>

## 10.1.2 Electroencefalograma

### 10.1.2.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Calidad metodológica de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
9	Snyder, 2006	<p>Población: niños, adolescentes y adultos con diagnóstico de déficit atencional según criterios del DSM-IV.</p> <p>Lugar: el autor señala estudios llevados a cabo en centros privados de pediatría, hospital psiquiátrico de niños y hospitales de neurociencias cognitivas.</p>	7 estudios de prueba diagnóstica tipo caso control (Clarke a, n=114; Clarke b, N=140; El-Sayed, n=99; Monastra, n=129; Clarke c, n=224; Lazzaro a, n=108; Lazzaro b, n=52).	El autor no hace referencia a la calidad metodológica del los estudios seleccionados.	Razón de actividad theta/ beta.	<p>Todos los artículos señalan un incremento de la actividad beta y disminución de la actividad alfa, por ende, un aumento de la razón theta/beta con valores que van desde 2,43 con intervalo de confianza 95% (2,02-2,84) según el estudio de Clarke c; hasta 4,33 (3,67-4,99).</p> <p>El metaanálisis reporta un resultado combinado de 3,08 con intervalo de confianza de 95% (2,0-3,26), incluyendo 2 estudios que comprenden además población adulta.</p>
1	Chabot, 2001	<p>Población: niños y adolescentes con déficit atencional y/o trastorno de aprendizaje.</p> <p>Lugar: sólo especifica que los estudios primarios realizados por el mismo autor se llevaron a cabo</p>	1 estudio de prueba diagnóstica tipo caso control (Chabot a n= 654). Abstract de EP señala n=407.	El autor no hace referencia a la calidad metodológica del estudio.	EEG anormal en sujetos con déficit atencional.	92,6% de los niños con déficit atencional mostraron un QEEG anormal, pero no señala qué porcentaje de niños normales utilizados como control pueden presentar o presentaron alguna alteración del EEG

		<p>en Sydney, Australia.</p> <p>Intervención: Utilidad clínica diagnóstica del QEEC.</p>	<p>4 estudios de pruebas diagnósticas tipo caso control (Lubar, n=103; Chabot a, n=654; Chabot b, n= 964; Monastra, n= 482)</p>	<p>El autor no hace referencia a la calidad metodológica de los estudios seleccionados</p>	<p>Discriminar sujeto normal de sujeto con déficit atencional</p>	<p>Lubar señala una eficacia de 79,2 % en discriminar niños con déficit atencional y trastorno del aprendizaje de niños normales. Chabot señala una eficacia de 69,2 % al discriminar entre niños normales/con déficit atencional/con trastorno del aprendizaje. Chabot, en otro estudio realizado ese mismo año, muestra 88% de especificidad y 93,7% de sensibilidad al discriminar entre niños normales y niños con déficit atencional. El estudio de Monastra señala mayor especificidad (98%) y menor sensibilidad (86%) en relación al estudio de Chabot.</p>
--	--	--	---	--	---	---

### 10.1.2.2 Estudios primarios:

Estudios primarios encontrados referentes al tema están incluidos en las revisiones sistemáticas seleccionadas.

## 10.1.3 Tomografía computada

### 10.1.3.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Calidad metodológica de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
3	Giedd, 2001	<p>Población: el autor no describe la población del estudio.</p> <p>Lugar: no indicado en el estudio.</p> <p>Intervenciones: Tomografía computada (TC), tomografía por emisión de fotones con Xenon133;</p>	<p>2 estudios de pruebas diagnósticas (Thompson, n=44; Shaywitz, n=62).</p>	<p>El autor no hace mención de la calidad metodológica de los estudios seleccionados.</p>	TC anormal	<p>El estudio de Thompson muestra resultado de 4,5% TC anormal; pero el estudio no utilizó grupo control. Shaywitz utilizó grupo control y no encontró diferencias.</p>

		tomografía por emisión de positrones, y resonancia magnética.				
--	--	---	--	--	--	--

### 10.1.3.2 Estudios primarios:

Estudios primarios encontrados referentes al tema están incluidos en las revisiones sistemáticas seleccionadas.

### 10.1.4 Imagen de resonancia magnética

No se encontraron revisiones sistemáticas cuantitativas ni estudios primarios relacionadas con el tema.

### 10.1.5 Test de inteligencia

#### 10.1.5.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Calidad metodológica de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
7	Romine, 2004	<p>Población: niños y adolescentes con déficit atencional u otros trastornos del desarrollo.</p> <p>Lugar: no especificado por el autor</p> <p>Intervención: Wisconsin Card Sorting Test</p>	<p>Se incluyeron en el metaanálisis 24 estudios de test diagnósticos (Chelune, 1986; Zarski, 1987; Boucugnani, 1989; Mc Gee, 1989; Fischer 1, 1990; Fischer 2, 1990, Gorenstein, 1989; Loge, 1990; Barkley 1, 1992; Barkley 2, 1992; Grodzinsky 1, 1992; Grodzinsky 2, 1992; Shue, 1992; Pennington, 1993; Weyandt, 1994; Carter, 1995; Hooper, 1996; Seidman, 1997; Pineda, 1998; Houghton 1, 1999; Houghton 2, 1999; Snow, 1999; Brewer, 2001; Reeve, 2001; Willcutt, 2001). El tamaño muestral no está</p>	<p>El autor no hace mención de la calidad metodológica de los estudios incluidos.</p>	<p>Test completo correcto.</p> <p>Porcentaje de preguntas correctas.</p> <p>Número de categorías.</p> <p>Total de errores.</p> <p>Errores</p>	<p>Los resultados fueron mostrados basados en el cálculo del tamaño del efecto para cada variable en cada estudio con la finalidad de obtener una métrica común en todos los estudios.</p> <p>En la interpretación de los resultados se utilizó como marco de referencia a Cohen; así, para las 4 variables el tamaño del efecto ponderado fue moderado: porcentaje de preguntas correctas (0,55), número de categorías (0,51), total de errores (0,58) y errores reiterativos (0,52). La variable respuesta reiterativa con un tamaño del efecto 0,46, muy cerca</p>

			reflejado en las tablas de resultados de los estudios incluidos, Sin embargo, el autor muestra media de resultados ponderados y no ponderados según el tamaño de muestra.		<p>reiterativos.</p> <p>Errores no reiterativos.</p> <p>Falta para mantener set.</p> <p>Ensayos para categorías.</p> <p>Respuestas reiterativas.</p>	<p>del moderado.</p> <p>Las variables falta para mantener set y errores no reiterativos demostraron un tamaño del efecto pequeño.</p> <p>La variable test completo correcto muestra un efecto negativo; sin embargo dicho resultado debe interpretarse con cuidado ya que sólo dos estudios aportan datos sobre esta variable.</p> <p>Estos resultados indican que las variables: porcentaje de preguntas correctas, número de categorías, total de errores y errores reiterativos son moderadamente sensibles a las funciones ejecutivas de los niños con déficit atencional.</p>
4	Homack, 2004	<p>Población: niños y adolescentes con déficit atencional u otros trastornos del desarrollo.</p> <p>Lugar: no especificado por el autor</p> <p>Intervención: Stroop Color and Word Test.</p>	Se incluyeron en el metaanálisis 25 estudios de pruebas diagnósticas (August 1, n=54; August 2, n=59; August 3, n=66; Barkley 1, n=24; Barkley 2, n=24; Boucugnani, n=56; Gaultney 1, n= 58; Gaultney 2, n= 58; Golden, n= 86; Gorenstein, n=47; Grodzinsky 1, n=64; Grodzinsky 2, n=66; Houghton 1, n=60; Houghton 2, n=90; Lavoie, n=32; Lufi, n=49; MacLeod, n=24; Nigg 1, n=59; Nigg 2, n=87; Ozonoff, n=53; Perugini, n=43; Reeve, n=20; Seidman 1, n=106;	El autor no hace mención a la calidad metodológica de los estudios incluidos.	<p>Palabras</p> <p>Color</p> <p>Color-Palabra</p> <p>Inteferencia</p>	<p>Los resultados fueron calculados/mostrados basados en el cálculo del tamaño del efecto para cada variable en cada estudio con la finalidad de obtener una métrica común en todos los estudios. En la interpretación de los resultados se utilizó como marco de referencia a Cohen; la mayoría de los estudios seleccionados muestran un tamaño del efecto negativo, que indica que en el grupo con déficit atencional está afectado negativamente el rendimiento en comparación con el grupo control. Los valores del tamaño del efecto ponderados van desde -0,52 a -0,75 lo que</p>

			Seidman 2, n=79; Shapiro, n=54).			indica que las variables del test son moderadamente sensibles a los déficit neuropsicológicos manifestados por los niños con déficit atencional.
--	--	--	----------------------------------	--	--	--

### 10.1.5.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Características	Variable de resultado	Efecto
17	Pineda, 2007	Población: 621 niños (249 casos, 372 controles) con edad comprendida entre los 6 y 11 años, de las escuelas públicas de Medellín, Colombia.  Intervención. Batería de test neuropsicológicos.	Atención  Memoria  Habilidades Motoras  Comprensión del lenguaje  Funciones ejecutivas  Fluidez verbal	El análisis de varianza de los resultados ( $p < 0,05$ ) ha demostrado que los niños con déficit atencional obtuvieron puntajes más bajos en los test, en relación al grupo control. El análisis de covarianza (edad, sexo, grado escolar), muestra un tamaño del efecto pequeño a moderado. El análisis discriminante de las variables mostró una precisión del 61,9% en clasificar la muestra (sensibilidad 48%, especificidad 72%). Con un valor predictivo positivo de 55,5% (clasificación correcta de casos) y valor predictivo negativo de 65,6% (correcta clasificación de controles).
24	Oie, 1999	Población: Adolescentes con esquizofrenia o déficit atencional o normales.  Intervención: batería de test neuropsicológicos.	Flexibilidad-abstracción, organización espacial, memoria visual, aprendizaje y memoria verbal, atención y procesamiento visual-motor, función motora, procesamiento auditivo y distractibilidad, atención sostenida, aprehensión, y atención selectiva.	Existe una clara diferencia en el patrón de rendimiento en los diferentes grupos. El análisis de varianza muestra una diferencia significativa en las variables: flexibilidad-abstracción ( $F=7,05$ , $df=2, 62$ , $p=0,002$ ); procesamiento auditivo y distractibilidad ( $F=7,08$ , $df=2,65$ , $p=0,002$ ); aprehensión ( $F=4,20$ , $df=2,65$ , $p=0,02$ ); función motora ( $F=8,62$ , $df=2,65$ , $p < 0,001$ ); organización espacial ( $F=3,68$ , $df=2,65$ , $p=0,03$ ); memoria visual ( $F=16,45$ , $df=2,64$ , $p < 0,001$ ); atención y procesamiento visual-motor ( $F=11,34$ , $df=2,65$ , $p < 0,001$ ); aprendizaje y memoria verbal ( $F=8,65$ , $df=2,65$ , $p < 0,001$ ).  No se observaron diferencias significativas para las variables

---

				<p>atención sostenida y atención selectiva.</p> <p>Los sujetos con déficit atencional tuvieron resultados marcadamente disminuidos con respecto al grupo control (normales) en las variables: aprendizaje y memoria verbal, atención y procesamiento visual motor, procesamiento auditivo y distractibilidad, y aprehensión.</p>
--	--	--	--	--

#### 10.1.6 Práctica médica

No se encontraron revisiones sistemáticas ni estudios primarios relacionados con el tema.

## 10.2 Preguntas de Tratamiento

### 10.2.1 MPH vs placebo

#### 10.2.1.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Calidad metodológica de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
8	Schachter, 2001	<p>Población: menores de 18 años con TDAH con criterios de DSMIII, DSM-R y otros no definidos.</p> <p>Intervención: MPH de corta acción en dosis baja, media y alta &lt;0,3mg/Kg a &gt; 0,75mk/Kg vs placebo.</p> <p>Estudios aleatorizados controlados.</p>	<p>Usando palabras claves y filtros de ECC, de 487 citas se obtuvo 62 estudios de las bases de datos mencionadas, sin reportar el número de participantes en ellos.</p> <p>Los 62 estudios son:            Kolko 1999; Pelham 1999; Sharp 1999; Bukstein 1998; Smithee 1998; Firestone 1998; Musten 1997; Smith 1998; Schachar 1997; Law 1999; Rapport 1997; Rapport 1994; Denney 1999; Sprafkin 1996; Buitelaar 1995; Buitelaar 1996; Gadow 1995; Gadow 1992; Sverd 1992; DuPaul 1994; Barkley 1991; Klorman 1994; Johnston 1993; Fine 1993; Pataki 1993; Elia 1993; Pelham 1993; Ahmann 1993; DuPaul 1993; Tannock 1992; Horn 1991; Elia 1991; Gadow 1990; Klorman 1990;</p>	<p>Amplia búsqueda bibliográfica. Muchos estudios son cruzados (83,9%), con baja calidad (0-2 pts) con los 2 índices por separados de evaluación, 1 de ellos es el score de Jadad.</p> <p>No reportan analisis individual de los articulos y no se describe cuáles son los articulos que presentan.</p> <p>Duración promedio: 3,3 semanas, la mitad de los 62 no más de 10 días. Sólo 14% más de 1 mes.</p> <p>- 59% con comorbilidades.</p> <p>-MPH administrado en diferentes dosis y</p>	<p>-Síntomas de TDAH usando como primario el Índice de hiperactividad (IH), (ACPRS y ACTRS).</p> <p>-Efectos adversos</p> <p>Otras escalas usadas: Índice global, Core, Key features.</p>	<p>Un total de 2897 participantes en los 62 estudios analizados. Edad promedio de 8,7 años y 88% hombres.</p> <p>Se demostró que el uso de MPH tiene un efecto significativo en el resultado primario (índice de hiperactividad), y en las otras escalas y los subgrupos. (En IH: por profesor 0,78, (IC 95% 0,64-0,91) -disminución en 6 ptos; por los padres de 0,54 (IC 95%: 0,40-0,67)-disminución en 4 ptos. Sin embargo, estos aparentes efectos beneficiosos son por sesgo de publicación y la falta de solidez de las conclusiones, especialmente las relacionadas con las características básicas ADD.</p>

			<p>Borcherding 1990; Pelham 1990; Barkley 1990; Barkley 1990; Rapport 1989; Tannock 1990; Tannock 1989; Pliszka 1989; Pelham 1989; Pelham 1987; Johnston 1988; Cohen 1989; Barkley 1993; Vyse 1989; Douglas 1988; Brown 1988; Brown 1986; Rapport 1986; Rapport 1985; Rapport 1985; Barkley 1985; Butter 1984; Butter 1983; Barkley 1984; Gualtieri 1984; Forness 1992; Ialongo 1994; Tannock 1993; Borden 1989; Richardson 1988; Kupietz 1988; Brown 1988; Barkley 1988; Rapport 1987; Diamond 1999; Zeiner 1999; Stein 1996; McBride 1988; Fischer M, 1991; Castellanos 1997; Barkley 1988; Manos 1999; Rapport 1988; Pelham 1991; Wigal 1998.</p> <p>Muestra: 11% de los estudios tenía más de 80 participantes. La media de la muestra es 46,7</p>	<p>horarios. -Con cointervención, tales como: 28,5% (16/62): programas de veranos y de conducta y 11,3% (7/62) servicio de educación especial y otras drogas no estimulantes, la mitad de ellos continuaron estas intervenciones en el ensayo.</p>		<p>-Efectos adversos: el grupo de MPH tiene un perfil de eventos con significación estadística entre ellos: disminución apetito 30,3%, (IC 95% 18,0–42,6), sería disminución en el apetito 8,7% (IC 95% 3,6–13,9), insomnio 17,0% (IC 95% 8,3–25,8) o dolor estomacal 9,0% (IC 95% 1,2–16,9).</p>
6	King , 2006	Población: Niños y adolescentes menores de 18 años con TDHA	Se obtuvo de esta revisión para esta pregunta:	-Los estudios fueron seleccionados con los criterios modificados del	-Síntomas centrales (CORE): Índice de hiperactividad,	- MPH a baja dosis: 12 estudios evaluaron CORE, 3 NS (no significativo) y 3 NR

		<p>incluyendo desorden hiperquinético con ICD 10 y/o DSM IV.</p> <p>En esta revisión se evaluó costo efectividad de MPH, ATX y DEX.</p> <p>para esta sección se reportará los estudios de metilfenidato (MPH) vs placebo.</p> <p>-Estudios aleatorizados controlados de al menos 3 semanas de duración.</p>	<p>- MPH a baja dosis vs placebo: Rapport, 1989 C(135); DuPaul, 1993 C(93); Werry, 1980 C(30); Brown, 1988 C(11); Fischer, 1991 C(161); Fitzpatrick, 1992 C(19); Fine, 1993 C(12); Hoepfner, 1997 C(50); Handen, 1999 C(11); Manos, 1999 C(84); Barkley, 2000 C(38) ; Tervo, 2002 C(41).</p> <p>-MPH a mediana dosis vs placebo: Rapport, 1989 C(135); DuPaul, 1993 C(93); Connors, 1980 P(60); Brown, 1986 P(40); Brown, 1988 C(11); Barkley, 1990 C(83); Fischer, 1991 C(161); Ahmann, 1993 C(234); Fischer, 1991 C(161); Fine, 1993 C(12); Pelham, 1993 C(43); Klorman, 1994 C(114); Buitelaar, 1996 P(32); Stein, 2003 C(43); Handen, 1999 C(11); Hoepfner, 1997 C(50); Kolko, 1999 C(22); Manos, 1999 C(84); Pliszka, 2000 P(58); Zelnor, 1999 C(36); Tervo, 2002 C(41).</p> <p>-MPH a alta dosis vs placebo:</p>	<p>CRD Reporte No. 4 con 2 revisores independientes; sobre la base de 3 revisiones previas de Jadad 1999 AHRQ, Miller 1999 CCOHTA y Lord 2000 de NICE del reporte de AHRQ.</p> <p>Una amplia búsqueda de datos sin restricciones de idiomas ni geográficas.</p> <p>En relación al análisis crítico reportes individuales de los artículos en cuanto a diseño, validez y sus resultados.</p> <p>La duración de los estudios en su mayoría cortos. Sólo 1 estudio a largo plazo: Brown 88.</p> <p>Los métodos de asignación sólo reportado en Ahmann.</p> <p>Se reportan como ciegos todos y sólo 50% describe quienes son y</p>	<p>inatención e impulsividad por varias escalas predominantemente Connors.</p> <p>-Impresión clínica global ICG (calidad de vida-CV).</p> <p>- Efectos adversos(EA): apetito, insomnio, cefalea, dolor estomacal y pérdida de peso.</p>	<p>(no reportado); 1 CV por ICG NS y EA: cefalea, disminución de apetito, dolor estomacal e insomnio NS al comparar sus RR (riesgo relativo) reportados con IC.</p> <p>-MPH a mediana dosis: 21 estudios, 9 evaluaron Core solo 7 significativos, 2 NR. 1 evaluó CV POR ICG significativos media 2,35 MPH vs 3,22 placebo.</p> <p>EA. Sólo 8 reportaron: cefalea, apetito, dolor estomacal e insomnio.</p> <p>-MPH alta dosis: 10 estudios: 3 core 1 NR y de los otros 2 uno NS usando otras escalas; 1 CV con 47% vs 16 % el placebo; 7 reportaron EA más alto en % pero NS.</p> <p>-ER MPH baja dosis: 2 estudios: 1 usó escala de Connors significativo con una <math>p &lt; 0,06</math>. CV ninguno y EA: insomnio y perdida de apetito reportado como significativo.</p> <p>.-ER MPH media dosis: 6 sólo 1 reportó core usando escala</p>
--	--	---	--	--	---	--

			<p>Gittelman-Klein, 1976 P(166); Klorman, 1994 C(114); Brown, 1988 C(11); Barkley, 1990 C(83); Klorman, 1990 C (48); Ahmann, 1993 C(234); Pelham, 1993 C(43); Wolraich, 2001 P(312); Kolko, 1999 C(22); Quin 2003 (NR).</p> <p>-ER (larga accion) MPH baja dosis vs placebo: Fitzpatrick, 1992 C(19) ; Stein, 1996 C(75).</p> <p>-ER MPH mediana dosis vs placebo: Wolraich, 2001 P(312); Greenhill, 2002 P(321); Quin 2003(NR); Swanson, 2004 C(184); Dopfner, 2003 P(85); Stein, 2003 C(43).</p> <p>-ER MPH alta dosis vs placebo: Stein, 2003 C(43).</p>	<p>ninguno lo sucesivo.</p> <p>En 50% el análisis estadístico es inadecuado. En los estudios cruzados (75%) y paralelos (25%), se consideró la media y desviaciones estandar, con los intervalos de confianza.</p> <p>-Los efectos adversos se expresaron en % y NNT cuando se reportaron.</p>		<p>SNAP, 4 reportaron CV con mejoría sin % dos de ellos y los EA: disminución del apetito significativo.</p> <p>-ER MPH alta dosis: 1 solo con CV NR. Y de EA mayor cefalea y dolor estomacal NS.</p>
5	Jadad (AHRQ), 19991	<p>Población: niños y adolescentes con TDHA.</p> <p>En esta revisión se evaluó para el TDHA la</p>	<p>Los estudios obtenidos para esta pregunta son:</p> <p><u>Brown, 1986</u> P(35); <u>Brown, 1988</u> C(11); <u>Garfinkel, 1981</u>; <u>Kupietz, 1988</u> P(58);</p>	<p>Dos revisores independientes analizaron los artículos elegidos e incluidos.</p> <p>Al evaluar la calidad</p>	<p>-Core / Global síntomas.</p> <p>-Falta de atención / hiperactividad / impulsividad.</p>	<p>50% de los artículos son favorables al MPH en el core, síntomas globales, hiperactividad, depresión, conducta pero no reportan significación estadística, al</p>

		<p>efectividad y seguridad a corto y largo plazo de las intervenciones con drogas y no drogas y la efectividad al compararlas solas o combinadas.</p> <p>Con estudios aleatorizados controlados.</p> <p>En esta sección se considera sólo los artículos pertinentea a esta pregunta:</p> <p>MPH vs Placebo</p>	<p><u>Rapport, 1993</u> C(16); <u>Schachar, 1997</u> P(66); Firestone, 1986 P(134).</p> <p>Para efectos adversos:</p> <p><u>Ahmann, 1993</u> C(206); <u>Arnold, 1976</u> C(31); <u>Arnold, 1978</u> C(29); <u>Arnold, 1989</u> C(18); <u>Barkley, 1990</u> C(83); <u>Barrickman, 1995</u> C(15); <u>Borcharding, 1989</u> (18); <u>Buitelaar, 1996</u> P(32); <u>Carlson, 1992</u> P(24); <u>Castellanos, 1997</u> C(20); <u>Christensen, 1975</u> C(13); <u>Conners, 1972</u> P(81); <u>Conners, 1980</u> P(60); <u>Conners, 1996</u> P(17); <u>Deveaugh-Geiss, 1980</u>, C(10); <u>Ella, 1991</u> C(48); <u>Ernst, 1996</u> C(24); <u>Fine, 1993</u> C(24), <u>Fitzpatrick, 1992</u> C(19); <u>Gadow, 1995</u> C(34); P(6); <u>Gillberg, 1997</u> P(32); <u>Greenberg, 1972</u> P(61); <u>Greenhill, 1973</u> P(9); <u>Gross, 1976</u> C(48); <u>Handen, 1991</u> C(27); <u>Hinshaw, 1984</u> C(nr); <u>Kauffman, 1981</u> C(12); <u>Klorman, 1987</u> C(19); <u>Klorman, 1990</u> C(48); <u>Pelham, 1987</u> C(13);</p>	<p>solo 20% de los artículos tienen 3 ptos o más (por escala de Jadad).</p> <p>70% son controlados.</p> <p>La mayoría tiene muestras pequeñas.</p> <p>Todos los estudios identifican el número analizado, pero no describen los asignados en un 20% y más de 90% no describe el método de aleatorización.</p> <p>En 33% de los artículos sus datos no pueden ser extraídos para análisis.</p> <p>Las medidas de las variables de resultados en su mayoría no presentan las líneas basales de medición, no son explícitas, son heterogéneas, con escalas modificadas para el estudio.</p> <p>No se describen los</p>	<p>-Conducta / trastornos de oposición.</p> <p>-Depresión.</p> <p>-Efectos Adversos.</p>	<p>igual que los efectos adversos tales como insomnio, cefalea, disminución del apetito son NS.</p>
--	--	--	--	---	--	---

			<p><u>Pelham, 1990</u> C(22); <u>Pelham, 1993</u> C(31) <u>Spring, 1976</u> C(47); <u>Srinivas, 1992</u> C(9); <u>Stein, 1996</u> C(25); <u>Stephens, 1984</u> C(36) <u>Wender, 1985</u> C(37); <u>Werry, 1980</u> C(30); <u>Winsberg, 1974</u> C(18).</p>	<p>critérios de retirada de los pacientes del estudio.</p>		
10	Miller, 1999	<p>Población: Niños y adolescentes de 0-18 años con Dx TDHA explícito por los criterios asumidos por el DSM III a partir de 1980.</p> <p>Métodos: Estudios aleatorizados o no, controlados o no.</p> <p>De esta revisión se considerará la siguiente intervención: MPH vs placebo</p>	<p>De la revisión se obtuvo un total de 26 artículos, pero los considerados para esta Pregunta son 8:</p> <p>DuPaul, 1993 (31); Klorman, 1994 (78); McBride, 1988 (66); Brown, 1988 (11); Rapport, 1987 (42); Fischer, 1991 (161); Fitzpatrick, 1992 (19); Buitelaar, 1996 (21).</p>	<p>La calidad de los trabajos fue por revisión de pares usando 3 tipos de escalas, con alta coincidencia entre ellos.</p> <p>La media de la muestra fue 53 sujetos.</p> <p>El % de pérdida fue en promedio de 21% y se señala la causa en 38%.</p>	<p>Aspectos del comportamiento discernibles por maestros, padres o médicos en la vida cotidiana usando la escala de Connors.</p>	<p>MPH vs placebo. Los resultados de los 8 trabajos son combinados: la diferencia en media con IC 95% son estimados en: -6,732; IC 95% -7,576, -5,887; Z = 15,63).</p>

### 10.2.1.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Características	Variable de resultado	Efecto
8	Gruber 2007	<p>Población: 37 niños 6 -12 años con TDAH x DSM IV</p> <p>Intervención: MPH (0,5mg/kg) vs placebo. Doble ciego y cruzado. Canadá</p>	<p>Sueño eficiente: se dividió en 2 grupos: pobre y buen sueño medido por actigrafía, preguntas a familia y TPC.</p>	<p>Existe interacción significativa del sueño con medicación que se encontró en 1 factor TPC. Y se concluye que existe un rendimiento moderado del sueño con MPH o placebo. (no cuantificado).</p>
7	Grizenko 2006	<p>Población: 95 niños 6-12 años con TDAH x DSM IV.</p> <p>Intervención: MPH vs placebo. Doble ciego y cruzado por 2 semanas.</p> <p>En Montreal, Canadá.</p>	<p>-Académico: Dificultades de aprendizaje medidas por test en inglés y francés por consenso.</p>	<p>La proporción de niños con TDHA y con dificultades de aprendizaje que responden a MPH fue de 55%, y la proporción de niños sin dificultades de aprendizaje que responden adecuadamente a MPH fue de 75% ( p = 0,034).</p> <p>Esta diferencia se debe a la dificultad a la matemáticas que no responde a MPH. Niños con dificultades de lectura no muestran esta pobre respuesta (p=0,33).</p>
11	Kent, 1999	<p>Población: 50 niños con TDAH.</p> <p>Duración: 3 semanas.</p> <p>Intervención:</p> <p>Placebo, MPH a 0,3 y 0,6 mg/Kg.</p>	<p>Síntomas por escala de Conners para profesores y padres.</p> <p>Y comentarios por escrito de uso de MPH.</p> <p>Estudio de alta calidad</p>	<p>Cuarenta y tres (86%) de los 50 son niños (edad media, 129 meses) que establecieron contacto. Ninguna familia encontró la MPT difícil, 6 ensayos a causa de efectos secundarios. Todo las familias utilizan la MPT para decidir si el MPH es el tratamiento para su hijo y 68% (34 de 50 familias) han utilizado los resultados. Los restantes 16 familias creen que el estudio fue de gran utilidad.</p>

		<p>Aleatorio doble ciego.</p> <p>Posterior a resultados e intercambios del estudio continuar con MPH y se entrevista por tlf a los 14 y 21 meses.</p> <p>Escocia.</p>		<p>En total, 31 (72%) de los 43 niños tenían una buena respuesta al tratamiento MPH - 20 (47%) seguido para utilizarlo durante más de 12 meses y 8 (26%) de 2 a 12 meses; 3 optaron por no utilizarlo después de la MPT. Nueve de las 43 familias optaron por no utilizar MPH</p> <p>En entrevistas de seguimiento, refieren significativamente menos tiempo dedicado a hacer la tarea en usuarios de MPH; además, informan reducción de la agresión (P &lt;0,001) y menos problemas de disciplina (P &lt;0.01) en comparación con no usuarios.</p>
23	Wilens, 2006	<p>Población: 220 adheridos al protocolo por tolerancia 177 adolescentes con TDAH.</p> <p>Estudio al Azar</p> <p>MPH OROS en dosis de 18, 36, 54 y 72 mg/día vs placebo. Estados Unidos, Multicéntrico.</p>	<p>-Síntomas por la escala ratings ADHD por investigador, padres y sujetos.</p> <p>-Impresión clínica global</p>	<p>-Es significativa la reducción de síntomas en Escala ADHD.</p> <p>Mayor esla obtenida por la escala del investigador (p&lt;0,01) que de los padres (p&lt;0,08).</p> <p>-Mejora en 52% con MPH OROS vs 31% con placebo en impresión clínica global.</p> <p>37% de los pacientes requieren dosis máxima (72mg/día).</p> <p>Efectos adversos: similares en los dos: sólo para la fase doble ciego.</p>

4	Cox, 2004	<p>Población: 12 adolescentes con TDAH sexo masculino. Promedio 17,8 años.</p> <p>Intervención: MPH liberación prolongada 1mg/Kg.</p> <p>Estudio Cruzado: On/Off. Virginia, Estados Unidos.</p>	<p>Conducción de vehículos por áreas rurales y urbanas en 16 millas.</p> <p>Evaluado por un tercero a ciegas de la medicación recibida, detrás del asiento del conductor.</p>	<p>-Errores de impulsividad de conducción se producen rara vez con o sin medicamentos.</p> <p>Los errores de conducción fueron más frecuentes y se redujeron significativamente mientras el sujeto estaba con la medicación (4,6 versus 7,8, <math>p &lt; 0,01</math>). La mejoría en el rendimiento de conducción (cambio en el número de errores registrados) de la primera a la segunda prueba fue positiva correlacionada con la dosis de medicación (<math>r = 0,60</math>, <math>P &lt; 0,01</math>).</p>
15	MTA, 2004	<p>Población 579 niños, 540 (95%) continuaron el estudio (24 meses postaleatorización) y con TDHA</p> <p>Intervención: son 4:</p> <p>Manejo con medicamentos;</p> <p>Terapia intensiva de conducta; (hogar, escuela, programa individual y grupal en campamentos); terapias combinadas y servicios comunitarios.</p> <p>Estudio aleatorizados controlados.</p>	<p>1) La escala de padres y profesores de Swanson, Nolan, y Pelham para síntomas TDHA (SNAP).</p> <p>2) Síntomas de trastorno desafiante oposicional por profesores y padres (ODD).</p> <p>3) Test individual Wechsler (lectura).</p> <p>4) Factor de disciplina negativa/inefectiva.</p> <p>5) Conducta social por padres y profesores del sistema de conducta social (SSRS).</p>	<p>La terapia con medicamento vs placebo resulta ser estadísticamente significativa los outcome descritos.</p> <p>Terapias combinadas y con medicamentos son estadísticamente significativas en los outcome descritos a terapias conductuales y de la comunidad.</p> <p>Las terapias conductuales y de la comunidad reduce el Core de TDHA y síntomas agresivos oposicionales. Sin embargo las terapias con medicamento y combinadas no difieren estadísticamente.</p> <p>Para Síntomas severos del TDHA la terapia combinada ofrece un modesto beneficio sobre otros tratamientos.</p>

				Dentro de los EA llama la atención la disminución de peso y talla en los pacientes sometidos a tratamiento a largo plazo.
18	Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network, 2005	<p>Población: 66 niños de un total de 72 niños entre 5-14 años libres de drogas con trastornos del desarrollo generalizado acompañado de moderada a severa hiperactividad, que fueron sometidos a prueba una semana.</p> <p>Intervención: MPH de 7,5 mg a 50mg según peso vs placebo.</p> <p>Estudio aleatorizado no describe metodo, doble ciego primeras 4 semanas y luego abierto 8 Semanas.</p> <p>Indianna, Estados Unidos.</p>	<p>Primaria: Evaluación del profesor de la hiperactividad en la subescala de comportamiento aberrante por lista de comprobación; definido como: "mucho mejor" o "muy mejorado" en la impresión clínica global (ICG)</p> <p>-Evaluación de la hiperactividad por los padres.</p>	<p>-MPH fue superior al placebo en la medida de resultado primaria, con efecto a los tamaños que van desde 0,20 a 0,54 dependiendo de la dosis y calificadores.</p> <p>-Treinta y cinco (49%) de 72 sujetos inscritos fueron clasificados como MPH respondedores.</p> <p>-Los efectos adversos condujeron a la retirada del tratamiento en estudio la medicación en 13 (18%) de 72 sujetos.</p>
6	Greenhill, 2002	<p>Población: 321 niños aleatorizados (158 a MPH MR y 163 placebo). Por 3 semanas, la primera semana fue de lavado en Estados Unidos.</p> <p>MPH MR de 20 a 60mg vs placebo.</p>	Síntomas del TDAH por la versión del Test de Conners 10 ítems Índice Global evaluados por los investigadores, profesores, padres.	<p>En comparación con placebo, MPH MR redujo significativamente los síntomas del TDAH en los tres evaluadores.</p> <p>En los profesores: El grupo MPH MR (IC 95%: 5,26 – 8,09; 2 - Student test, <math>t = 9,27</math>; <math>df = 311</math>; <math>P =</math></p>

		Estados Unidos Multicéntrico.		<p>0,001).</p> <p>En los padres: El grupo MPH MR (IC 95%: 1,7–4,9; 2- Student test, <math>t = 3,97</math>; <math>df = 297</math>; <math>p = 0,001</math>.</p> <p>En Índice Global: 64% MPH vs 27% placebo (<math>p &lt; 0,01</math>).</p> <p>Los eventos adversos más comunes en el MSP MR grupo fueron cefalea, anorexia, dolor abdominal, e insomnio. Solamente la anorexia fue significativamente superior a placebo (se registran datos estadísticos de análisis de varianza y X<sup>2</sup> y p).</p>
--	--	-------------------------------	--	--

## 10.2.2 MPH de larga acción vs MPH de corta acción

### 10.2.2.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Calidad metodológica de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
6	King, 2006	<p>Población : Niños y adolescentes menores de 18 años con TDHA incluyendo desorden hiperquinético con ICD 10 y/o DSM IV.</p> <p>En esta sección se reportará los estudios</p>	<p>De las base de datos: se obtuvo de esta revisión para esta pregunta:</p> <p>-IR MPH baja dosis vs ER MPH baja dosis: Fitzpatrick, 1992 C(19).</p>	<p>-Los estudios fueron seleccionados con los criterios modificados del CRD Reporte No. 4 con 2 revisores independientes; a base de 3 revisiones previas de Jadad 1999 AHRQ, Miller 1999 CCOHTA y Lord 2000 de NICE</p>	<p>-Síntomas centrales (CORE): Índice de hiperactividad, inatención e impulsividad por varias escalas predominantemente Conners.</p> <p>-Impresión clínica global</p>	<p>-IR MPH baja dosis vs ER MPH baja dosis: Sólo 1 estudio que reportó que para la hiperactividad es NS, no EA y no evaluó CV.</p> <p>-IR MPH alta dosis vs ER MPH mediana dosis: 3 estudios, sólo 1 reportó la</p>

	<p>de MPH acción corta - IR vs MPH acción larga- ER u OROS.</p> <p>Estudios aleatorizados controlados de al menos 3 semanas de duración.</p>	<p>-IR MPH alta dosis vs ER MPH mediana dosis: Wolraich, 2001 P(312); Quinn 2003 (NR Conf.); Steele 2004 (NR Conf).</p>	<p>del reporte de AHRQ.</p> <p>La duración de todos son cortos.</p> <p>No se reportaron los métodos de asignación.</p> <p>Se reportan como ciegos todos y sólo Fitzpatrick reportó quien y ninguno en lo sucesivo.</p> <p>En 50% el análisis estadístico es inadecuado. En los estudios cruzados (1) y paralelos (1), se consideró la media y desviaciones estándar, con los intervalos de confianza.</p> <p>Los efectos adversos se expresaron en % y NNT cuando se reportaron.</p>	<p>ICG (calidad de vida-CV).</p> <p>- Efectos adversos (EA) : apetito, insomnio, cefalea, dolor estomacal y perdida de peso.</p>	<p>hiperactividad y es NS entre los grupo, los otros 2 NR confidencial, CV los 3 con resultados similares de mejoría y con EA es significativa la cefalea en ER.</p>
--	--	---	--	--	--

### 10.2.2.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Características	Variable de resultado	Efecto
22	Steele, 2006.	Población: 147 niños. Estudio multicéntrico, abierto aleatorizado por 8 semanas. Intervención: MPH OROS (od) vs IR MPH y cuidados usuales. Toronto, Canadá.	Síntomas de la ADHD con EI SNAP-IV (padres). Otras escalas de síntomas a través de IOWA Conners, escala familiar Conners versión corta, índice de stress, escala analógica para desempeño social, impresión clínica global de severidad y de mejora de los padres y satisfacción.	- OROS-MPH mostró de manera estadísticamente significativa, superioridad de IR-MPH en la tasa de remisión sobre la base de los 18 síntomas de TDAH ( $p = 0,0002$ , $X^2 = 13,8$ , $df = 1$ ) y la severidad del ADHD y ODD síntomas ( $p = 0,004$ , $F = 8,4$ , $df = 1127$ ), así como en las otras escalas usadas. -OROS-MPH y IR-MPH fueron bien toleradas con un similar perfil de efectos secundarios.
25	Wolraich, 2001	Población 312 niños con TDAH entre 6 y 12 años. Estudio multicéntrico aleatorio doble ciego en Estados Unidos. Intervención: MPH IR: 97; MPH OROS: 95; placebo: 90 Duración 28 días. Estados Unidos Multicéntrico	Síntomas del TDAH por escalas: Primario por IOWA Conners padres y profesores Otros: Impresión clínica global, SNAP IV, satisfacción.	Los niños en el IR y MPH OROS mostraron significativamente una mayor reducción en los síntomas centrales del ADHD que el placebo. Durante todo el tratamiento. IR MPH tid y OROS MPH qd no difieren significativamente en cualquiera de las comparaciones directas. 48% del grupo placebo discontinuó el tratamiento temprano en comparación con 14% y 16% en el IR y OROS MPH respectivamente.

### 10.2.3 MPH indicados por médicos APS vs MPH indicado por médicos psiquiatras

No se obtuvo revisiones sistemáticas ni estudios primarios.

## 10.2.4 ATX vs placebo

### 10.2.4.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Calidad metodológica de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
6	King, 2006	<p>Población : Niños y adolescentes menores de 18 años con TDHA incluyendo desorden hiperquinético con ICD 10 y/o DSM IV.</p> <p>En esta sección se reportará los estudios de atomoxetina (atx) vs placebo.</p> <p>Estudios aleatorizados controlados de al menos 3 semanas de duración.</p>	<p>De las base de datos: Se obtuvo de esta revisión para esta pregunta:</p> <p>-ATX baja/media: Kelsey, 2004 P(197); Michelson, 2001 P(297); Michelson, 2002 P(171).</p> <p>-ATX alta dosis: Michelson, 2004 P(417); Michelson, 2001 P(297); Spencer, 2002 P(147); Weiss, 2004 P(153); Wernicke, 2004 P(194).</p>	<p>Los estudios fueron seleccionados con los criterios modificados del CRD Reporte No. 4 con 2 revisores independientes; a base de 3 revisiones previas de Jadad 1999 AHRQ, Miller 1999 CCOHTA y Lord 2000 de NICE del reporte de AHRQ.</p> <p>La duración de todos es corta.</p> <p>No se reportaron los métodos de asignación</p> <p>Se reportan como ciegos todos y 50% reportó quien es y ninguno en lo sucesivo.</p> <p>En 25% el análisis estadístico es inadecuado. Los estudios son todos paralelos, se consideró la media y desviaciones estándar, con</p>	<p>-Síntomas centrales (CORE): Índice de hiperactividad, inatención e impulsividad por varias escalas predominantemente Conners.</p> <p>-Impresión clínica global ICG (calidad de vida-CV).</p> <p>- Efectos adversos(EA): apetito, insomnio, cefalea, dolor estomacal y pérdida de peso.</p>	<p>-ATX: baja /media dosis: 3 estudios, todos fueron favorables y significativos en Core y ICG, excepto NS en baja dosis -1,60 (-4,22 a 1,02). Los EA NS para cefalea, insomnio y dolor estomacal si es significativo en uno de ellos el peso.</p> <p>-ATX alta dosis: seis y 5 de ellos evalúan hiperactividad el 50% usa Conners con significación de -2,8 a -5,50 (IC -1,26 -7,84). Para CV 4 de los reportados ignificativo (<math>p &lt; 0,05</math>) EA: NS pero pérdida de apetito es mayor en 2 y disminución de peso en 4.</p>

				<p>los intervalos de confianza.</p> <p>Los efectos adversos se expresaron en % y NNT cuando se reportaron.</p>		
2	Garcés, 2003	<p>Población: Niños y adolescentes con dx de TDHA a través del DSM IV.</p> <p>Intervención: ATX en dosis de 0,5 a 1,8 mg/k/bid vs placebo.</p> <p>Ensayos clínicos controlados.</p>	<p>4 artículos son reportados en lo referente a esta pregunta (se excluyen 2 estudios en adultos).</p> <p>Michelson 2001 P(297); Michelson 2002 P( 171); 2 art de Spencer 2002 P uno con (147) y otro (144)</p>	<p>Todos los trabajos son ensayos clínicos con placebo, paralelos. De corta duración, menos de 9 semanas</p> <p>El autor no especifica los criterios de selección de los artículos ni de inclusión en esta revisión, de igual manera no está bien explícito los criterios de validez interna de los artículos.</p>	<p>Escala de calificación de ADHD (RS) una disminución de ésta es aumento de los síntomas.</p>	<p>En todos los trabajos las diferencias fueron estadísticamente significativas a favor de atomoxetina con rango de medias que van de - 7,7 a -10,10 e intervalos de confianza del 95%: -3,8 a - 14,5, excepto en el rango de dosis baja de ATX (0,5mg/kg/bid) es NS.</p> <p>En el trabajo de Michelson 2002 se mostró una significación estadística de la ATX vs placebo en las escalas de impresión clínica global y de Conners para profesores en un rango de -3,5, IC 95%: -5,95 - 0,05).</p>

### 10.2.4.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Características	Variable de resultado	Efecto
10	Kelsey, 2004	<p>Población: 197 niños de 6 a 12 años con TDAH.</p> <p>Ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico, doble ciego, paralelo, controlado con placebo realizado en 12 centros ambulatorios en los Estados Unidos.</p> <p>Intervención: Atomoxetina vs placebo.</p> <p>Estados Unidos. Multicéntrico.</p>	<p>La medida primaria el Trastorno de Atención Rating Scale-IV-Parent Versión: Investigador-</p> <p>Otros: Evaluación del comportamiento en la noche y mañana por los padres en una base de datos electrónica.</p>	<p>71% de los niños fueron hombres y el 69% cumple los criterios para el subtipo combinado (ambos inatención e hiperactivo/impulsivo), y la comorbilidad psiquiátrica es el trastorno de oposición desafiante (35%). Una vez al día atomoxetina (Media: 1,3 mg/kg) fue significativamente más eficaz que el placebo.</p> <p>Con la continuación del tratamiento y la titulación de dosis los síntomas principales del TDAH disminuyeron a lo largo de 8 semanas de estudio. Las tasas de interrupciones atribuibles a efectos adversos fueron &lt;5% para ambos grupos. Los EA más significativos con mayor frecuencia con atomoxetina fueron disminución del apetito, somnolencia, y fatiga.</p>
2	Bierderman, 2002	<p>-Población: 52 niñas con TDAH de un subgrupo de 291 entre 7 y 13 años.</p> <p>-Ensayo doble ciego, controlado con placebo, multicéntrico.</p> <p>-Intervención: atomoxetina y placebo. Estados Unidos. Multicéntrico</p>	<p>Síntomas a través de escala de hiperactividad IV para padres.</p> <p>Otras: la versión corta de escala de Conners y la de severidad de impresión clínica global.</p>	<p>En este subgrupo se obtuvo que la atomoxetina resultó ser superior a placebo en todas las escalas usadas.</p> <p>Los efectos adversos no fueron significativos entre los 2 grupos.</p>
12	Michelson, 2002	<p>Población: 171 en edades entre 6 y 16 años con TDAH. Estudio doble ciego, asignados aleatoriamente.</p> <p>Duración: 6 semanas</p> <p>Intervención: Atomoxetina (administrado una vez al día) o</p>	<p>Síntomas a través de escala de calificación IV.</p>	<p>-Los pacientes que recibieron Atomoxetina fueron superiores a los del grupo placebo al ser evaluados con las puntuaciones durante todo el día por los padres, profesores e investigadores.</p> <p>-Interrupciones debido a eventos adversos fueron bajas (menos de 3%) para ambos grupos.</p>

		placebo. Estados Unidos. Multicentrico.		
13	Michelson, 2001	Población: 297 entre 8 y 18 años Intervención: placebo o atomoxetina en una dosis ajustada a su peso base a 0,5mg/kg/d, 1,2 mg/kg/d, o 1,8 mg/kg/día durante 8 semanas. Ensayo clínico aleatorizado. Estados Unidos Multicéntrico	Síntomas de ADHD, los síntomas afectivos, sociales y de funcionamiento familiar y se evaluó a través de los padres y las escalas de calificación investigador.	<p>-71% de niños eran hombres,</p> <p>-El 67% reunió los criterios de subtipo mixto (inatención e hiperactivo / impulsivo síntomas).</p> <p>-La co morbilidad psiquiátrica en 38% es el trastorno de oposición desafiante.</p> <p>-En punto final, atomoxetina 1,2 mg/kg/d y 1,8 mg/kg/d fueron consistentemente asociados con resultados superiores a los síntomas del ADHD en comparación con placebo y no fueron diferentes el uno del otro. La dosis de 0,5 mg/kg/d asociada con eficacia intermedia comparada con el placebo.</p> <p>-Calificaciones sociales y de funcionamiento de la familia también fue significativo en los grupos de atomoxetina en comparación con el placebo, además mejoras significativas en las medidas de la capacidad de los niños para satisfacer papel psicosocial y las expectativas de los padres.</p> <p>-Eventos adversos fueron &lt;5% para todos los grupos.</p>

## 10.2.5 ATX vs MPH

### 10.2.5.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Calidad metodológica de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
6	King, 2006	<p>Población : Niños y adolescentes menores de 18 años con TDHA incluyendo desorden hiperquinético con ICD 10 y/o DSM IV.</p> <p>Intervenciones: costo - efectividad de MPH, anfetaminas y atomoxetine.</p> <p>Para este estudio sólo se considerará la efectividad de las drogas por dosis, tipo y horario. Solas, comparando entre ellas y con intervenciones no farmacológicas. (En esta pregunta se reportara los estudios de MPH vs ATX. Estudios aleatorizados controlados de al menos 3 semanas de duración.</p>	<p>De las bases de datos: Se obtuvo de esta revision para esta pregunta:</p> <p>-MPH IR alta dosis vs ATX alta dosis: Kratochvil P (228).</p> <p>-ER-MPH media dosis vs ATX baja/media dosis: Kemner, 2004 P (1323).</p>	<p>Los estudios fueron seleccionados con los criterios modificados del CRD Reporte No. 4 con 2 revisores independientes; a base de 3 revisiones previas de Jadad 1999 AHRQ, Miller 1999 CCOHTA y Lord 2000 de NICE del reporte de AHRQ.</p> <p>La duración de todos es corta.</p> <p>No se reportaron los métodos de asignación ni si hubo ciego.</p> <p>El análisis estadístico es inadecuado. Los estudios son todos paralelos.</p> <p>Los efectos adversos se expresaron en % y NNT cuando se reportaron.</p>	<p>-Síntomas centrales (CORE): Índice de hiperactividad, inatención e impulsividad por varias escalas predominantemente Conners.</p> <p>-Impresión clínica global ICG (calidad de vida-CV).</p> <p>- Efectos adversos (EA): apetito, insomnio, cefalea, dolor estomacal y pérdida de peso.</p>	<p>-MPH IR alta dosis vs ATX alta dosis: 1 solo estudio y no evaluó ni hiperactividad ni CV. Reportó que no hay diferencias en la presencia de insomnio</p> <p>ER-MPH media dosis vs ATX baja/media dosis: 1 solo estudio y no reportó diferencias entre los dos grupos en hiperactividad (escalas no bien reportadas) y CV. EA: NS.</p>

2	Garcés, 2003	<p>Población: Niños y adolescentes con dx de TDHA a través del DSM IV.</p> <p>Intervención: ATX en dosis de 1,5 mg/k/bid vs MPH a 1,5 mg/kg/bid.</p> <p>Ensayos clínicos controlados.</p>	<p>2 artículos son reportados en lo referente a esta pregunta.</p> <p>2 Art. de Spencer 2002 P uno con (147) y otro (144).</p>	<p>Todos los trabajos son ensayos clínicos con placebo, paralelos de corta duración 9 semanas.</p> <p>El autor no especifica los criterios de selección de los artículos ni de inclusión en esta revisión.</p> <p>De igual maneras no está bien explícito los criterios de validez interna de los artículos.</p>	<p>Escala de calificación de ADHD (RS): una disminución de ésta es aumento de los síntomas.</p>	<p>En los 2 trabajos las diferencias fueron estadísticamente significativas a favor de atomoxetina vs MPH con rango de medias que van de -8,5 a -10,10 e intervalos de confianza del 95%: -4 a -14,5.</p> <p>También describe efecto favorable en impresión clínica global e índice de Conners pero no se reporta.</p>
---	--------------	---	--	--	---	--

#### 10.2.5.2 Estudios primarios:

No hay reportes de estudios.

### 10.2.6 DEX vs MPH

#### 10.2.6.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Calidad metodológica de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
6	King, 2006	<p>Población : Niños y adolescentes menores de 18 años con TDHA incluyendo desorden hiperquinético con ICD 10 y/o DSM IV.</p>	<p>De las base de datos: se obtuvo de esta revisión para esta pregunta: -MPH mediana dosis(IR) vs DEX baja dosis: Efron, 1997 C(125).</p>	<p>-Los estudios fueron seleccionados con los criterios modificados del CRD Reporte No. 4 con 2 revisores independientes; a base de 3 revisiones previas descritas. En las</p>	<p>-Síntomas centrales (CORE): Índice de hiperactividad, inatención e impulsividad por varias escalas predominantemente</p>	<p>-MPH mediana dosis (IR) vs DEX baja dosis: 1 solo estudio que reporta significativo para hiperactividad para profesores (p&lt;0,01), no para padres, en 4</p>

		<p>En esta sección se reportara los estudios de MPH vs anfetamina (DEX)</p> <p>-Estudios aleatorizados controlados de al menos 3 semanas de duración.</p>	<p>MPH mediana dosis (IR) vs DEX media dosis: Arnold 1978 C(29).</p>	<p>características</p> <p>La duración de los estudios es corta.</p> <p>No se reportaron los métodos de asignación. Se reportan como ciegos todos y se reportaron quienes y ninguno en lo sucesivo.</p>	<p>Conners.</p> <p>-Impresión clínica global ICG (calidad de vida-CV).</p> <p>- Efectos adversos (EA): apetito, insomnio, cefalea, dolor estomacal y pérdida de peso.</p>	<p>diferentes escalas de Conners, no evaluó CV, y los EA NS entre los grupos.</p> <p>-MPH mediana dosis (IR) vs DEX media dosis: 1 solo estudio que reporta no significativo en las 4 diferentes escalas de Conners para hiperactividad, no evaluó CV, y NR EA grupos.</p>
5	Jadad (AHRO) 1999	<p>Población: niños y adolescentes con TDHA.</p> <p>En esta revisión se evaluó la efectividad y seguridad a corto y largo plazo de las intervenciones con drogas y no drogas y la efectividad al compararlas solas o combinadas.</p> <p>Con estudios aleatorizados controlados</p> <p>En esta sección se considera sólo los artículos pertinentes a esta pregunta:</p>	<p>De la bases de datos siguientes:</p> <p>De 77 artículos y para esta pregunta se obtuvieron 11 estudios:</p> <p><u>Arnold, 1978</u> C(29); <u>Borcherding, 1989</u> (18); <u>Castellanos, 1997</u> C(20); <u>Elia, 1991</u> C(48); <u>Kauffman, 1981</u> C(12) ; <u>Pelham, 1999</u> C(22); <u>Winsberg, 1974</u> C(18); <u>Rappoport, 1993</u> C(16); <u>Efron, 1997</u> C(125), <u>Gross, 1997</u> C(50); <u>Matochik P(37)</u>.</p>	<p>Dos revisores independientes analizaron lo artículos elegidos e incluidos.</p> <p>Sólo 1 artículo presentó 3 ptos en evaluación de calidad.</p> <p>El 50% de los artículos no presentó datos para ser extraídos para análisis.</p> <p>Las escalas son heterogéneas para evaluar los outcomes.</p> <p>95% son controlados solo dos sin placebo:</p>	<p>-Core / Global síntomas</p> <p>-Falta de atención / hiperactividad / impulsividad.</p> <p>-Conducta / trastornos de oposición.</p> <p>-Depresión.</p> <p>-Efectos adversos.</p>	<p>En los artículos donde se obtuvo los datos para el análisis (la mitad), es NS lo obtenido entre MPH y DEX en el análisis del Core, impresión global, hiperactividad. Los EA no fueron reportados para análisis.</p>

		MPH vs Anfetamina(DEX)		<p>Arnold, Elia.</p> <p>Todos tienen muestras pequeñas</p> <p>Todos los artículos identifican el número analizado y más del 90% no describe el método de aleatorización.</p> <p>Las medidas de las variables de resultados en su mayoría no presentan las líneas basales de medición, no son explícitas, son heterogéneas con escalas modificadas para el estudio.</p> <p>No se describen los criterios de retirada de los pacientes del estudio.</p>		
--	--	------------------------	--	---	--	--

### 10.2.6.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Características	Variable de resultado	Efecto
5	Cox, 2006	Población: 35 adolescentes, 19 masculinos y 16 femeninas con ADHD promedio 17,8. Intervención: 72 MPH OROS; 30 mg sal anfetamina vs placebo. Doble ciego y cruzado. Virginia, Estados Unidos.	Evaluación del conducir vehículos por un simulador en las tardes: 5, 8 y 11 pm.	MPH OROS mejoró significativamente el conducir fuera de vía, aceleraciones, cruces a la izquierda, frenado, que el placebo y éste es similar al uso de anfetaminas.
1	Ardoin, 2000	Población: 6 niños con TDAH entre 10 a 13 años y con 1 año de medicación. Estudio doble ciego controlado. Intervención 3 ptes con MPH y 3 con anfetaminas. New York Estados Unidos.	Valoración por sí mismos de los efectos de la medicación a través de un cuestionario construido y validado por los autores. Otros: modelo basado en currículo automatizado, observación y efectos adversos.	Sólo se muestra para 3 que usaron MPH: de los cuales 1 de los 3 fue capaz de informar con exactitud su estado de medicación, relacionado al comportamiento y efectos adversos.
16	Pelham, 1999	Participantes: 21 niños TDAH (19 masculinos y 2 femeninos), edad: 6 y 12 años. Intervenciones: Los niños recibieron, en orden aleatorio con cruces diarios, cada una de las siguientes condiciones: 1) placebo, 2) 0,3 mg/kg de MPH recibido 3 veces, 3) 0,3 mg/kg de MPH recibido 7:30 AM y 11:30 AM, con 0,15 mg/kg recibieron a las 3:30	-Diario de los tipos de comportamientos sociales y académicos, y normalización de las calificaciones de los consejeros y profesores, se evaluarán en función de las horas entre las 8:00 AM y 3:30 PM (una típica la escuela-día). - Efectos de las 3:30 PM en dosis de funcionamiento por las tardes en casa fueron evaluados utilizando puntuaciones de los padres del comportamiento y los efectos secundarios	Una sola dosis por la mañana de Adderall produjo efectos de comportamiento equivalente a los de MPH recibido dos veces al día.  Una dosis de MPH en la mañana es menos eficaz que cualquiera de las dos 2 dosis diarias de MPH o 1 dosis de Adderall. Para algunos niños una sola dosis por la mañana de MPH mantuvo su comportamiento para toda una jornada escolar.  En valoración por el padre en la noche la dosis de 0,3 mg/kg de MPH a las 3:30 PM fue superior a 0,15 mg/kg a las 3:30 PM, pero no hubo diferencias entre las 2 dosis de Adderall. En comparación con el placebo a las 3:30 PM, sólo la dosis de 0,3 mg/kg dosis de MPH causa una mejoría significativa en las

	<p>PM, 4) 0,3 mg/kg de MPH mañana, 5) 0,3 mg/kg de Adderall recibido a las 7:30 AM y a las 3:30 PM, 6) 0,3 mg/kg de Adderall una vez en la mañana con 0,15 mg/kg recibieron a las 3:30 PM, 7) 0,3 mg/kg de Adderall recibió en la mañana solamente.</p> <p>-Estudio Controlado con placebo, cruzado. NY Estados Unidos.</p>		calificaciones por los padres.
--	---	--	--------------------------------

## 10.2.7 Antidepresivo vs MPH

### 10.2.7.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Calidad metodológica de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
5	Jadad (AHRQ) 1999	<p>Población: niños y adolescentes con TDHA.</p> <p>En esta revisión se evaluó la efectividad y seguridad a corto y largo plazo de las intervenciones con drogas y no drogas y la efectividad al</p>	<p>De la bases de datos:</p> <p>Para esta pregunta se obtuvieron 5:</p> <p>Quinn, 1975 P(75); Rapport 1993 C(16); Spring 1976 P(58);</p>	<p>Dos revisores independientes analizaron los artículos elegidos e incluidos.</p> <p>Al evaluar la calidad sólo Rapport y Spring tienen 3 pts o más (por escala de</p>	<p>-Core / Global síntomas.</p> <p>-Falta de atención / hiperactividad / impulsividad.</p>	<p>Los 2 grupos no presentaron diferencias estadísticamente significativas en el Core, impresión global, hiperactividad y depresión; uno de ellos (Werry) presentó superioridad del antidepresivo vs MPH pero es NS. Los efectos adversos no se presentaron para extracción y análisis en la mitad y</p>

	<p>compararlas solas o combinadas.</p> <p>Con estudios aleatorizados controlados.</p> <p>En esta sección se considera sólo los artículos pertinentes a esta pregunta:</p> <p>MPH vs Antidepresivos(AD).</p>	<p>Werry 1980 C(30); Fine 1993 C(12).</p>	<p>Jadad).</p> <p>Sólo Rapport con desipramina, el resto con imipramina. 75% son controlados. La mayoría tiene muestras pequeñas.</p> <p>Todos los artículos identifican el número analizado, pero no describe y más del 90% no describe el método de aleatorización.</p> <p>En 33% de los artículos sus datos no pueden ser extraídos para análisis.</p> <p>Las medidas de las variables de resultados en su mayoría no presentan las líneas basales de medición, no son explícitas, son heterogéneas con escalas modificadas para el estudio.</p> <p>No se describe los criterios de retirada de los pacientes del estudio.</p>	<p>-Conducta / trastornos de oposición.</p> <p>-Depresión.</p> <p>-Efectos adversos.</p>	<p>en el resto la cefalea, insomnio, peso y pérdida de apetito NS.</p>
--	---	---	---	--	--

**Estudios primarios:**

No hay reportes de estudios primarios.

**10.2.8 Alfa agonistas vs MPH**

No hay reportes de revisiones y estudios.

**10.2.9 MPH + psicoterapia individual vs MPH solo**

**10.2.9.1 Revisiones sistemáticas:**

#	Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Calidad metodológica de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
5	Jadad (AHRQ), 1999	<p>Población: niños y adolescentes con TDHA.</p> <p>En esta revisión se evaluó la efectividad y seguridad a corto y largo plazo de las intervenciones con drogas y no drogas y la efectividad al compararlas solas o combinadas.</p> <p>Con estudios aleatorizados controlados.</p> <p>En esta sección se considera sólo los artículos pertinentes a esta pregunta:</p>	<p>De la revisión se consideran los siguientes estudios relacionados a la pregunta</p> <p>Brown 1985 P(30); Firestone P(73); Klein 1997 P(89), MTA P(579); Conrad 1971 P(17).</p>	<p>Dos revisores independientes analizaron los artículos elegidos e incluidos.</p> <p>Al evaluar la calidad sólo el estudio MTA tiene mayor calidad en cuanto describe bien la aleatorización y el ciego.</p> <p>Todos los estudios son paralelos.</p> <p>La mayoría tiene muestras pequeñas, excepto MTA.</p> <p>Las medidas de las variables de resultados en</p>	<p>-Core / Global síntomas.</p> <p>-Falta de atención / hiperactividad / impulsividad.</p> <p>-Conducta / trastornos de oposición.</p> <p>Académico</p>	<p>El estudio de Brown no reporta datos extraíbles para análisis.</p> <p>Los 2 grupos no presentaron diferencias estadísticamente significativas en el Core, impresión global, hiperactividad, índice académico (resolución de problemas).</p>

		MPH más psicoterapia individual vs MPH.		<p>su mayoría no presentan las líneas basales de medición, no son explícitas, son heterogéneas con escalas modificadas para el estudio.</p> <p>No se describe los criterios de retirada de los pacientes del estudio.</p>		
10	Miller, 1999	<p>Población: Niños y adolescentes de 0-18 años con Dx TDHA explícito Por los criterios asumidos por el DSM III a partir de 1980.</p> <p>Métodos: Estudios aleatorizados o no, controlados o no.</p> <p>De esta revisión se considerará la siguiente intervención: MPH más psicoterapia Individual (terapia cognitiva) vs MPH</p>	De la revisión se obtuvo un total de 26 artículos, pero los considerados para esta pregunta son 2: Brown, 1986 (33); Brown, 1985 (40).	<p>La calidad de los trabajos fue por revisión de pares usando 3 tipos de escalas, con alta coincidencia entre ellos.</p> <p>El seguimiento fue de 3 meses.</p> <p>Cada trabajo se dividió en 4 grupos: MPH, TC, MPH +TC y control.</p>	Aspectos del Comportamiento discernibles por maestros, padres o médicos en la vida cotidiana usando la escala de Conners.	Los estudios mostraron diferencias no significativas entre los dos grupos : -3,77 IC 95% -8,06 a 0,5)

### 10.2.9.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Características	Variable de resultado	Efecto
15	MTA, 2004	<p>Población 579 niños, 540 (95%) continuaron el estudio (24 meses postaleatorización) y con TDHA.</p> <p>Intervención: son 4:</p> <p>Manejo con medicamentos;</p> <p>Terapia intensiva de conducta; (hogar, escuela, programa individual y grupal en campamentos); terapias combinadas y servicios comunitarios.</p> <p>Estudio aleatorizados controlados.</p>	<p>1) La escala de padres y profesores de Swanson, Nolan, y Pelham para síntomas TDHA (SNAP).</p> <p>2) Síntomas de trastorno desafiante oposicional por profesores y padres (ODD).</p> <p>3) Test individual Wechsler (lectura)</p> <p>4) Factor de disciplina negativa/inefectiva.</p> <p>5) Conducta social por padres y profesores del sistema de conducta social (SSRS).</p>	<p>La terapia con medicamento vs placebo resulta ser estadísticamente significativa en los outcome descritos.</p> <p>Terapias combinadas y con medicamentos son estadísticamente significativas en los outcome descritos con respecto a terapias conductuales y de la comunidad.</p> <p>Las terapias conductuales y de la comunidad reducen el Core de TDHA y síntomas agresivos oposicionales. Sin embargo las terapias medicamentos y combinadas no difieren con significación estadística.</p> <p>Para síntomas severos del TDHA la terapia combinada ofrece un modesto beneficio sobre otros tratamientos.</p>

### 10.2.10 MPH + psicoterapia grupal vs MPH solo

No hay reportes de revisiones y estudios.

## 10.2.11 MPH + intervenciones psicosociales vs MPH solo

### 10.2.11.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Calidad metodológica de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
5	Jadad (AHRQ), 1999	<p>Población: niños y adolescentes con TDHA.</p> <p>En esta revisión se evaluó la efectividad y seguridad a corto y largo plazo de las intervenciones con drogas y no drogas y la efectividad al compararlas solas o combinadas.</p> <p>Con estudios aleatorizados controlados.</p> <p>En esta sección se considera sólo los artículos pertinentes a esta pregunta:</p> <p>MPH vs MPH más IP (intervenciones psicosociales)</p>	<p>De las bases de datos siguientes:</p> <p>Para esta pregunta se obtuvieron</p> <p>Brown 1985 P(30); Firestone P(73); Klein 1997 P(89); MTA P(579); Conrad 1971 P(17); Klein, 1997; Long 1993 P(32).</p>	<p>Dos revisores independientes analizaron lo artículos elegidos e incluidos.</p> <p>Al evaluar la calidad sólo el trabajo de MTA presenta alta calidad, en su evaluación tiene 3 pts más (por escala de Jadad).</p> <p>Todos los artículos son paralelos.</p> <p>El MTA es el estudio de más largo plazo y mayor número de pacientes, muestra el método de aleatorización.</p> <p>Las intervenciones psicosociales realizadas no son detalladas y explícitas en cuanto a sus características, de aquí que éstas pueden ser interpretadas con diversos enfoques que conlleva a que esta revisión pueda ser colocadas en varias de las preguntas relacionadas al</p>	<p>-Core / Global síntomas.</p> <p>-Falta de atención / hiperactividad / impulsividad.</p> <p>-Conducta / trastornos de opción.</p> <p>-Depresión.</p> <p>-Académico.</p>	<p>En 1 solo artículo no se reportaron datos (Brown), para análisis en el resto de los artículos se reporta la superioridad del uso de MPH con IP vs MPH solo, a través de los outcome descritos, pero son NS.</p>

				uso o no de MPH.		
10	Miller, 1999	<p>Población: Niños y adolescentes de 0-18 años con Dx TDHA explícito por los criterios asumidos por el DSM III a partir de 1980.</p> <p>Métodos: Estudios aleatorizados o no, controlados o no.</p> <p>De esta revisión se considerará la siguiente intervención: MPH mas IP vs MPH</p>	<p>De la revisión se obtuvo un total de 26 artículos, pero los considerados para esta pregunta son 3:</p> <p>Brown, 1986 (33); Brown, 1985 (40); Firestone, 1986 (51).</p>	<p>La calidad de los trabajos fue por revisión de pares usando 3 tipos de escalas, con alta coincidencia entre ellos.</p> <p>El seguimiento fue de 3 meses.</p> <p>Los dos primeros estudios se dividieron en 4 grupos y el último en 3 grupos: Comparando MPH solo, la IP más MPH y el control.</p>	<p>Aspectos del Comportamiento discernibles por maestros, padres o médicos en la vida cotidiana usando la escala de Conners.</p>	<p>En la escala de Conners para profesores no se obtuvo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos 1,285 (IC 95% - 0,717 a 3,286; Z = 1,26). De igual manera no hubo en la escala de Conners por padres: 0,460 (IC 95% -3,861 a 2,942; Z = 0,26)</p>

### 10.2.11.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Características	Variable de resultado	Efecto
15	MTA, 2004	<p>Población 579 niños, 540 (95%) continuaron el estudio (24 meses postaleatorización) y con TDHA</p> <p>Intervención: son 4:                      Manejo con medicamentos;                      Terapia intensiva de conducta; (hogar, escuela, programa individual y grupal en campamentos); terapias combinadas y servicios comunitarios</p> <p>Estudio aleatorizado controlado.</p>	<p>1) La escala de padres y profesores de Swanson, Nolan, y Pelham para síntomas TDHA (SNAP)</p> <p>2) Síntomas de trastorno desafiante oposicional por profesores y padres (ODD).</p> <p>3) Test individual Wechsler (lectura).</p> <p>4) Factor de disciplina negativa/inefectiva.</p> <p>5) Conducta social por padres y profesores del sistema de conducta social (SSRS).</p>	<p>La terapia con medicamento vs placebo resulta ser estadísticamente significativa en los outcome descritos.</p> <p>Terapias combinadas y con medicamentos son estadísticamente significativas en los outcome descritos con respecto a terapias conductuales y de la comunidad.</p> <p>Las terapias conductuales y de la comunidad reducen el Core de TDHA y síntomas agresivos oposicionales. Sin embargo las terapias medicamentos y combinadas no difieren con significación estadística.</p> <p>Para síntomas severos del TDHA la terapia combinada ofrece un modesto beneficio sobre otros tratamientos.</p>
9	Gulley, 2003	<p>Población: 3 estudiantes de 4, 6 y 7 años.</p> <p>Intervención: MPH de 0,5 a 0,6mg/kg (10 a 15mg/día).</p> <p>y 3 tratamientos de conducta: DRA (Comportamiento alternativo diferenciado reforzado) solo, DRA mas costos y DRA más time- out. vs Placebo</p> <p>Estudio secuencial.</p> <p>Louisiana, Estados Unidos.</p>	<p>Comportamiento perturbador: por Barkley y Max, tales como vocalizaciones inadecuadas, jugar con objetos y lanzarlos, destrucción de materiales.</p>	<p>La dosis inicial o nueva de MPH y uno de los tres tratamientos conductuales son eficaces para disminuir el comportamiento perturbador para todos.</p>

## 10.2.12 MPH + intervenciones del equipo de APS y psicosociales vs MPH solo

No hay reportes ni de revisiones ni estudios.

## 10.2.13 Intervenciones psicosociales vs MPH

### 10.2.13.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados.  Autor, año, Designación, (N) [Intervención]	Calidad metodológica de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
6	King, 2006	<p>Población : Niños y adolescentes menores de 18 años con TDHA incluyendo desorden hiperquinético con ICD 10 y/o DSM IV.</p> <p>En esta pregunta se reportará los estudios de MPH vs terapias no drogas (IP o TND) Estudios aleatorizados controlados de al menos 3 semanas de duración.</p> <p>MPH vs TND tales como:</p> <p>1.- Educación para padres con reuniones grupales de enseñanza</p>	<p>De las base de datos se obtuvo de esta revision para esta pregunta:</p> <p>MPH dosis baja vs IP: Brown, 1985 P(30) [Educación cognitiva];</p> <p>MPH mediana dosis vs IP: Brown, 1986 P(40) [Terapia cognitiva]; Firestone, 1986 P(134) [Educación a padres]; Kolko, 1999 (22) [Modificación conductual]; Pelham, 1993 C(31) [Modificación conductual].</p> <p>-MPH alta dosis vs IP: Klein, 1997 P(86)</p>	<p>Los estudios fueron seleccionados con los criterios modificados del CRD Reporte No. 4 con 2 revisores independientes; a base de 3 revisiones previas de Jadad 1999 AHRQ, Miller 1999 CCOHTA y Lord 2000 de NICE del reporte de AHRQ.</p> <p>La duración de todos es corta.</p> <p>No se reportaron los métodos de asignación.</p> <p>Se reportan como ciegos todos y reportó quienes eran y ninguno en lo sucesivo.</p> <p>Los análisis estadísticos son</p>	<p>Síntomas centrales (CORE): Índice de hiperactividad, inatención e impulsividad por varias escalas predominantemente Conners.</p> <p>Impresión clínica global ICG (calidad de vida-CV).</p> <p>Efectos adversos (EA): apetito, insomnio, cefalea, dolor estomacal y pérdida de peso.</p>	<p>MPH a baja dosis vs TND: 1 estudio, ninguno evaluó Core, CV ni EA.</p> <p>MPH a mediana dosis vs TND: 4 estudios, 2 evaluaron hiperactividad y reportó superioridad a uso de MPH a la educación de padres y terapia cognitiva. NO CV y EA.</p> <p>MPH a dosis alta vs TND: 3 estudios: 1 solo evaluó el Core con significación estadística; 1 solo reportó CV con 79% MPH vs 50% IP. EA no</p>

		y gestión de los niños para cooperar con personal de la escuela.  2.- terapia cognitiva (no descrita).	[educación a padres y familia e intervención conductual]; Kolko, 1999 (22) [Modificación conductual]; Pelham, 1993 C(31) [Modificación conductual].	inadecuados. Los estudios son 50% paralelos y 50% cruzados, se consideró porcentajes.  Los efectos adversos se expresaron en % y NNT cuando se reportaron.		reportados.
10	Miller, 1999	Población: Niños y adolescentes de 0-18 años con Dx TDHA explícito por los criterios asumidos por el DSM III a partir de 1980.  Métodos: Estudios aleatorizados o no, controlados o no.  De esta revisión se considerará la siguiente intervención: MPH vs intervenciones psicosociales.	Para esta pregunta son 3: Brown, 1986(33); Brown, 1985(40); Firestone, 1986 (51).	La calidad de los trabajos fue por revisión de pares usando 3 tipos de escalas, con alta coincidencia entre ellos.  El seguimiento fue de 3 meses.  Los dos primeros se dividieron en los 4 grupos y el último en 3 grupos: comparando MPH solo , la intervención más MPH y el control.	Aspectos del comportamiento discernibles por maestros, padres o médicos en la vida cotidiana usando la escala de Conners.	En la escala de Conners para profesores no se obtuvo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos 1,285 (IC 95% -0,717 a 3,286; Z = 1,26). De igual manera no hubo en la escala de Conners por padres: 0,460 (IC 95% -3,861, 2,942; Z = 0,26).
5	Jadad (AHRQ), 1999	Población: niños y adolescentes con TDHA.  En esta revisión se evaluó la efectividad y seguridad a corto y largo plazo de las	De las bases de datos para esta pregunta se obtuvieron 5: Brown 1985 P(30); Firestone P(73); Klein 1997 P (89), MTA P (579); Conrad, 1971 P(17); Schachar, 1997	Dos revisores independientes analizaron los artículos elegidos e incluidos.  Al evaluar la calidad sólo el trabajo de MTA presenta alta calidad en su evaluación tiene	-Core / Global síntomas.  -Falta de atención / hiperactividad / impulsividad.  -Conducta / trastornos de	En 1 solo no se reportaron datos (Brown) para análisis en el resto de los artículos se reporta la superioridad del uso de MPH vs IP a través de

	<p>intervenciones con drogas y no drogas y la efectividad al compararlas solas o combinadas.</p> <p>Con estudios aleatorizados controlados.</p> <p>En esta sección se considera sólo los artículos pertinentes a esta pregunta:</p> <p>MPH vs intervenciones psicosociales (IP): entre ellas enseñanzas para padres, terapia cognitiva conductual, protocolo biblioteca, etc.</p>	P(66).	<p>3 ptos más (por escala de Jadad).</p> <p>Todos los artículos son paralelos.</p> <p>El MTA es el estudio de más largo plazo y mayor número de pacientes, muestra el método de aleatorización.</p> <p>Las intervenciones psicosociales realizadas no son detalladas y explícitas en cuanto a sus características, de aquí que éstas pueden ser interpretadas con diversos enfoques que conllevan a que esta revisión pueda ser colocada en varias de las preguntas relacionadas al uso o no de MPH.</p>	<p>oposición.</p> <p>-Depresión.</p> <p>-Académico.</p>	los outcome descritos, pero son NS.
--	---	--------	--	---	-------------------------------------

### 10.2.13.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Características	Variable de resultado	Efecto
15	MTA, 2004	<p>Población 579 niños, 540 (95%) continuaron el estudio (24 meses postaleatorización) y con TDHA.</p> <p>Intervención: son 4:                      Manejo con medicamentos;                      Terapia intensiva de conducta; (hogar, escuela, programa individual y grupal en campamentos); terapias combinadas y servicios comunitarios.</p> <p>Estudio aleatorizados controlados.</p>	<p>1) La escala de padres y profesores de Swanson, Nolan, y Pelham para síntomas TDHA (SNAP).</p> <p>2) Síntomas de trastorno desafiante oposicional por profesores y padres (ODD).</p> <p>3) Test individual Wechsler (lectura)</p> <p>4) Factor de disciplina negativa/inefectiva.</p> <p>5) Conducta social por padres y profesores del sistema de conducta social (SSRS).</p>	<p>La terapia con medicamento vs placebo resulta ser estadísticamente significativa en los outcome descritos.</p> <p>Terapias combinadas y con medicamentos son estadísticamente significativas en los outcome descritos a terapias conductuales y de la comunidad.</p> <p>Las terapias conductuales y de la comunidad reducen el Core de TDHA y síntomas agresivos oposicionales. Sin embargo las terapia con medicamentos y combinadas no difieren significativamente.</p> <p>Para síntomas severos del TDHA la terapia combinada ofrece un modesto beneficio sobre otros tratamientos.</p>

### 10.2.14 MPH + terapia familiar vs MPH

#### 10.2.14.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Calidad metodológica de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
5	Jadad (AHRQ)	Población: niños y	De las bases de datos, para esta pregunta se	Dos revisores independientes	-Core / Global síntomas.	En Firestone: se reporta mejoría de la conducta y

	1999	<p>adolescentes con TDHA.</p> <p>En esta revisión se evaluó la efectividad y seguridad a corto y largo plazo de las intervenciones con drogas y no drogas y la efectividad al compararlas solas o combinadas.</p> <p>Con estudios aleatorizados controlados.</p> <p>En esta sección se considera sólo los artículos pertinentes a esta pregunta:</p> <p>MPH más terapia familiar vs MPH.</p>	<p>obtuvieron 3:</p> <p>Firestone P(73); MTA P(579); Schachar, 1997 P(66).</p>	<p>analizaron lo artículos elegidos e incluidos.</p> <p>Al evaluar la calidad sólo el trabajo de MTA presenta alta calidad en su evaluación tiene 3 ptos más (por escala de Jadad).</p> <p>Todos los artículos son paralelos.</p> <p>El MTA es el estudio de más largo plazo y mayor número de pacientes, muestra el método de aleatorización.</p> <p>La terapia familiar no es muy explícita</p>	<p>-Falta de atención / hiperactividad / impulsividad.</p> <p>-Conducta / trastornos de oposición.</p> <p>-Depresión.</p> <p>-Académico.</p>	<p>la atención a través de las escalas en el grupo de TF más MPH pero NS.</p> <p>En Schachar se muestra igualmente superioridad, éste no evalúa índices académicos y sus resultados son NS.</p> <p>En cuanto al MTA existe superioridad en el tratamiento entre TF más MPH vs MPH solo y NS.</p>
10	Miller, 1999	<p>Población: Niños y adolescentes de 0-18 años con Dx TDHA explícito Por los criterios asumidos por el DSM III a partir de 1980.</p> <p>Métodos: Estudios aleatorizados o no, controlados o no.</p> <p>De esta revisión se</p>	<p>De la revisión se obtuvo un total de 26 artículos, pero los considerados para esta Pregunta fue:</p> <p>Firestone, 1986 (51);</p>	<p>La Calidad de los trabajos fue por revisión de pares usando 3 tipos de escalas, con alta coincidencia entre ellos.</p> <p>El seguimiento fue de 3 meses.</p> <p>El trabajo usó 3 grupos: comparando MPH solo, la</p>	<p>Aspectos del comportamiento discernibles por maestros, padres o médicos en la vida cotidiana usando la escala de Conners.</p>	<p>No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos: -2,3 (IC 95% -6.0 a 1,4).</p>

		considerará la siguiente intervención: MPH vs MPH más terapia familiar.		intervención más MPH y el control.		
--	--	---	--	------------------------------------	--	--

#### 10.2.14.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Características	Variable de resultado	Efecto
15	MTA, 2004	<p>Población 579 niños, 540 (95%) continuaron el estudio (24 meses postaleatorización) y con TDHA.</p> <p>Intervención: son 4:                      Manejo con medicamentos;                      terapia intensiva de conducta; (hogar, escuela, programa individual y grupal en campamentos); terapias combinadas y servicios comunitarios.</p> <p>Estudio aleatorizado controlado.</p>	<p>1) La escala de padres y profesores de Swanson, Nolan, y Pelham para síntomas TDHA (SNAP).</p> <p>2) Síntomas de trastorno desafiante oposicional por profesores y padres (ODD).</p> <p>3) Test individual Wechsler (lectura)</p> <p>4) Factor de disciplina negativa/inefectiva.</p> <p>5) Conducta social por padres y profesores del sistema de conducta social (SSRS)</p>	<p>La terapia con medicamento vs placebo resulta ser estadísticamente significativa en los outcome descritos.</p> <p>Terapias combinadas y con medicamentos son estadísticamente significativas en los outcome descritos a terapias conductuales y de la comunidad.</p> <p>Las terapias conductuales y de la comunidad reducen el Core de TDHA y síntomas agresivos oposicionales. Sin embargo las terapias con medicamento y combinadas no difieren significativamente.</p> <p>Para síntomas severos del TDHA la terapia combinada ofrece un modesto beneficio sobre otros tratamientos.</p>

## 10.2.15 MPH + intervención familiar vs MPH

### 10.2.15.1 Revisiones sistemáticas:

#	Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Calidad metodológica de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
5	Jadad (AHRQ), 1999	<p>Población: niños y adolescentes con TDHA.</p> <p>En esta revisión se evaluó la efectividad y seguridad a corto y largo plazo de las intervenciones con Drogas y no drogas y la efectividad al compararla sola o combinadas.</p> <p>Con estudios Aleatorizados controlados</p> <p>En esta sección se considera solo los artículos pertinente a esta pregunta:</p> <p>MPH mas Terapia Familiar vs MPH</p>	<p>De la bases de datos Para esta Pregunta se obtuvieron 3:</p> <p>Firestone P(73); MTA P (579); .Schachar, 1997p(66)</p>	<p>Dos revisores independientes analizaron lo artículos elegidos e incluidos.</p> <p>Al evaluar la calidad solo el trabajo de MTA presenta alta calidad en su evaluación tienes 3 ptos más (por escala de jadad).</p> <p>Todos los artículos son Paralelos.</p> <p>El MTA es el estudio de más largo plazo y mayor número de pacientes, muestra el método de aleatorización.</p> <p>La terapia familiar no es muy explicita.</p>	<p>-Core / Global síntomas</p> <p>-Falta de atención / hiperactividad / impulsividad</p> <p>-Conducta / trastornos de la oposición</p> <p>-Depresión</p> <p>-Académico</p>	<p>En Firestone: se reporta mejoría de la conducta y la atención a través de las escalas en el grupo de TF más MPH pero NS.</p> <p>En Schachar se muestra igualmente superioridad, éste no evalúa índices académicos y sus resultados son NS.</p> <p>En cuanto al MTA existe superioridad en el tratamiento entre TF más MPH vs MPH solo y NS.</p>
10	Miller, 1999	<p>Población: Niños y adolescentes de 0-18 años con Dx TDHA explícito por los</p>	<p>De la revisión se obtuvo un total de 26 artículos, pero los considerados</p>	<p>La calidad de los trabajos fue por revisión de pares usando 3 tipos</p>	<p>Aspectos del comportamiento discernibles por</p>	<p>No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos</p>

	<p>critérios asumidos por el DSM III a partir de 1980.</p> <p>Métodos: Estudios aleatorizados o no, controlados o no.</p> <p>De esta revisión se considerará la siguiente intervención: MPH más terapia familiar vs MPH.</p>	<p>para esta pregunta es sólo:</p> <p>Firestone, 1986 (51).</p>	<p>de escalas, con alta coincidencia entre ellos.</p> <p>El seguimiento fue de 3 meses.</p> <p>El trabajo usó 3 grupos: comparando MPH solo, la intervención más MPH y el control.</p>	<p>maestros, padres o médicos en la vida cotidiana usando la escala de Connors.</p>	<p>grupos: -2,3 (IC 95% - 6,0 a 1,4).</p>
--	--	---	--	---	---

#### 10.2.15.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Características	Variable de resultado	Efecto
N° único que identifica al estudio	Apellido autor principal, año	Resumir brevemente cuál es el diseño, población, contexto y la intervención a que se refiere el estudio	Ej. sobrevivida a 5 años. Una fila por variable resultado	Síntesis cualitativa breve de los hallazgos, incluir principales resultados cuantitativos (magnitud, ej. RR, OR, y precisión: valor p, intervalo de confianza).
15	MTA, 2004	<p>Población 579 niños, 540 (95%) continuaron el estudio (24 meses postaleatorización) y con TDHA</p> <p>Intervención: son 4:</p> <p>Manejo con medicamentos;</p> <p>Terapia intensiva de conducta; (hogar, escuela, programa individual y grupal en</p>	<p>1) La escala de padres y profesores de Swanson, Nolan, y Pelham para síntomas TDHA (SNAP)</p> <p>2) Síntomas de trastorno desafiante oposicional por profesores y padres (ODD).</p> <p>3) Test individual Wechsler</p>	<p>La terapia con medicamento vs placebo resulta ser estadísticamente significativa en los outcome descritos.</p> <p>Terapias combinadas y con medicamentos son estadísticamente significativas en los outcome descritos a terapias conductuales y de la comunidad.</p>

		campamentos); terapias combinadas y servicios comunitarios  Estudio aleatorizado controlado	(lectura). 4) Factor de disciplina negativa/inefectiva. 5) Conducta social por padres y profesores del sistema de conducta social (SSRS).	Las terapias conductuales y de la comunidad reducen el Core de TDHA y síntomas agresivos oposicionales. Sin embargo las terapias con medicamento y combinadas no difieren estadísticamente.  Para síntomas severos del TDHA la terapia combinada ofrece un modesto beneficio sobre otros tratamientos.
14	Montiel, 2002	Población: 24 niños entre 6 y 10 años con TDAH. Intervención: MPH vs entrenamiento a padres. Maracaibo, Venezuela.	Síntomas del TDAH por Conners.	Ambos grupos mostraron reducción de síntomas en diferentes grados. Fue significativa en la valoración de padres. En los profesores mostraron disminución de síntomas significativos en el grupo de medicación para las medidas de hiperactividad e impulsividad, pero no para las de falta de atención (T= -2,137, p= 0,033). Mientras que para el grupo de entrenamiento a padres sólo hubo diferencias significativas en el índice de TDAH (T= -3,181, p= 0,001). No hubo diferencia en cuanto a la efectividad de ambas intervenciones. Aunque el grupo con medicación resultó superior.

### 10.2.16 Intervenciones preventivas en ambientes familiar y jardín infantil en menores de 6 años vs ningún tipo de intervención preventiva

No hay reportes de revisiones sistemáticas ni estudios para esta pregunta.

## 10.2.17 Tratamiento integral por médico APS y psiquiatra o neurólogo/a en niños o niñas con comorbilidad psiquiátrica/neurológica

### 10.2.17.1 Revisiones sistemáticas:

No hay reportes de revisiones sistemáticas para esta pregunta.

### 10.2.17.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Características	Variable de resultado	Efecto
20	Scheffer, 2005	Población: 40 sujetos con TDAH y trastorno bipolar. Intervención: estabilización de la manía por 8 semanas con divalproato de sodio y luego aleatorio, doble ciego y controlado con placebo vs sales de anfetamina. Dallas Estados Unidos	-Síntomas del TDHA. -Síntomas de manía (escala de clasificación de Young).	- 30 sujetos entraron en el controlado con placebo cruzado donde las sales de anfetamina fueron significativamente más eficaces que el placebo para los síntomas del TDAH. - No hay efectos secundarios significativos o empeoramiento de los síntomas maniácos
21	Spencer, 2002	Población: 41 niños con TDAH con comorbilidad de tic crónico incluyendo Tourette. Intervención: Desipramina titulada en una media de 3,4mg/Kg/d. Duración: 6 semanas. Ensayo clínico controlado aleatorizado doble ciego. Boston, Estados Unidos.	- Síntomas de TDAH (escala de calificación). - Síntomas de Tic (escala de Yale). - Efectos adversos, de laboratorio y cardiovasculares.	Desipramina redujo el núcleo de síntomas de ADHD (ADHD Rating Scale) en 42% de disminución en relación con placebo, $p < 0,001$ , con la misma respuesta en los síntomas y síntomas de inatención hiperactivo / impulsivo ( $p < 0,001$ para ambos).  La tasa de respuesta fue: 71% vs 0%; desipramina vs placebo ( $p < 0,001$ ). Del mismo modo, desipramina tic redujo significativamente los síntomas (Yale Global Tic Severity Scale; disminución del 30% de referencia en relación con el placebo, $p < 0,001$ ), con la misma respuesta a síntomas motor y fónico del tic ( $p < 0,01$ para ambos).  La tasa de respuesta del tic fue: 58% vs 5%; desipramina vs placebo, ( $p < 0,001$ ). Hubo pequeñas diferencias, pero estadísticamente significativas, entre desipramina y placebo en la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea.

19	Scahill, 2001	<p>Población: 34 pacientes con TDHA combinado más Tic.          Ensayo aleatorio, doble ciego.          Duración: 8 semanas.          Intervención: Guanfacina vs placebo.          Yale, Estados Unidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Índice de hiperactividad.</li> <li>- Escala clínica global</li> <li>- Prueba de actuación continua.</li> <li>- Gravedad del tic.</li> <li>- Efectos adversos: laboratorio y cardiovasculares</li> </ul>	<p>Guanfacine se asoció con una media de mejoría en 37% en la puntuación total por el profesor, frente a 8% de mejoría para el placebo.</p> <p>Nueve de los 17 sujetos que recibieron guanfacine fueron valorados a ciegas en la escala clínica global, ya sea como mejorado mucho o muy mejorado mucho, en comparación con ninguno de los 17 sujetos que recibieron placebo.</p> <p>La puntuación media en los padres y evaluado el índice de hiperactividad mejoró en un 27% en el grupo de guanfacine y 21% en el grupo placebo, no fue una diferencia significativa.</p> <p>Sobre la prueba de actuación continua, comisión de errores disminuyó 22% y errores de omisión en 17% en el grupo guanfacine, en comparación con los aumentos de 29% de comisión de errores y de 31% en errores de omisión en el grupo placebo.</p> <p>La gravedad del tic disminuyó un 31% en el grupo guanfacine, en comparación con el 0% en el grupo placebo.</p> <p>Un sujeto con guanfacine se retiró por la sedación en la semana 4. Guanfacine se asoció con una disminución significativa de la presión arterial y pulso.</p>
----	---------------	---	--	---

### 10.2.18 Tratamiento integral por médico APS y psiquiatra o neurólogo/a para el trastorno hiperquinético/trastorno de atención leve, moderado o severo

#### 10.2.18.1 Revisiones sistemáticas:

No hay reportes de revisiones sistemáticas.

### 10.2.18.2 Estudios primarios:

#	Estudio	Características	Variable de resultado	Efecto
18	Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network. 2005	<p>Población: 66 niños de un total de 72 niños entre 5-14 años libres de drogas con trastornos del desarrollo generalizado acompañado de moderada a severa hiperactividad que fueron sometidos a prueba 1 semana.</p> <p>Intervención: MPH de 7,5 mg a 50mg según peso vs placebo.</p> <p>Estudio aleatorizado (no describe metodo), doble ciego, primeras 4 semanas y luego abierto 8 semanas.</p> <p>Indiana, Estados Unidos.</p>	<p>Primaria: Evaluación del profesor de la hiperactividad en la subescala de comportamiento aberrante por lista de comprobación; definido como: "mucho mejor" o "muy mejorado mucho" en la impresión clínica global. -Evaluación por los padres de la hiperactividad.</p>	<p>-MPH fue superior al placebo en la medida de resultado primaria, con efecto a los tamaños que van desde 0,20 a 0,54 dependiendo de la dosis y calificadoros.</p> <p>-Treinta y cinco (49%) de 72 sujetos inscritos fueron clasificados como MPH respondedores.</p> <p>-Los efectos adversos condujeron a la retirada del medicamento en estudio en 13 (18%) de 72 sujetos.</p>

### 10.2.19 Intervenciones diferenciadas en niños vs niñas

No hay reportes de revisiones sistemáticas ni estudios primarios.

## **11 SÍNTESIS DE EVIDENCIA**

### **11.1 Preguntas de Diagnóstico**

#### **11.1.1 Test de Conners**

Se encontró 1 estudio de pruebas diagnósticas tipo tamizaje (Bussing, et al.) que evalúa de manera cuantitativa el Test de Conners como instrumento de tamizaje de déficit atencional; el estudio señala una eficiencia de la prueba de 70-72% y está dirigido a un colectivo específico: niños de escuelas de educación especial; por tanto los datos no son extrapolables a la población general.

Guías de práctica clínica señalan que el test de Conners no es útil como herramienta para el diagnóstico debido al bajo cociente de probabilidad post- test comparado con el *Gold-Standard* (DSM-IV); sin embargo señalan que el test puede ser usado con otros fines.

Tanto estudios poblacionales, como las guías de práctica clínicas plantean la necesidad de escalas de evaluación globales y específicas debidamente validadas que permitan diferenciar entre niños con déficit atencional y niños con otros problemas del comportamiento.

#### **11.1.2 Electroencefalograma**

2 revisiones sistemáticas (Snyder, et al. Chabot, et al), valoran la utilidad diagnóstica del electroencefalograma "cuantitativo" (QEEG) en el déficit atencional, concluyendo que la mayoría de los niños muestran un patrón anormal, pero el estudio no señala en qué medida un niño sin déficit atencional puede presentar un QEEG anormal. Los estudios no señalan alteraciones específicas para déficit atencional, pero sí alteraciones en algunos tipos de ondas que al comparar con grupo control muestran diferencias estadísticamente significativas. Además, al evaluar la capacidad de discriminar del QEEG entre pacientes con déficit atencional y grupos control se observó una alta eficacia, sensibilidad y especificidad. Por tanto, basados en estos resultados, se recomienda el uso del electroencefalograma cuantitativo como una herramienta adicional en el diagnóstico del déficit atencional.

Es importante señalar que aunque las revisiones sistemáticas no son de buena calidad metodológica según el reporte; los resultados que muestran las mismas son bastante congruentes entre sí y además algunos de los estudios primarios incluidos en las mismas a los que tuvimos acceso son de buena calidad metodológica.

#### **11.1.3 Tomografía computada**

Se encontró una revisión sistemática (Giedd, et al.) que evalúa cualitativa y cuantitativamente la tomografía computada en pacientes con déficit atencional; los resultados cuantitativos tomados en cuenta en la revisión no señalan diferencias significativas con el grupo control; por tanto, no se recomienda el uso de tomografía computada en el diagnóstico de déficit atencional.

#### **11.1.4 Imagen de resonancia magnética**

No se encontró revisiones sistemáticas cuantitativas, ni estudios primarios cuantitativos que relacionaran imágenes de resonancia magnética con déficit atencional.

Revisiones sistemáticas cualitativas de estudios de neuroimagen han mostrado diferencias en estructuras cerebrales (lóbulo frontal, núcleo caudado y globo pálido) de individuos con déficit atencional al ser comparados con controles. Algunos estudios sugieren que dichas estructuras cerebrales son más pequeñas en personas con déficit atencional. Sin embargo, no hay concordancia entre los diferentes estudios, ni se ha descrito alguna alteración o imagen patognomónica de déficit atencional.

Por tanto, se considera inadecuado y prematuro sugerir los estudios de neuroimagen como herramienta diagnóstica de rutina en déficit atencional.

#### **11.1.5 Test de inteligencia**

Se encontraron 2 revisiones sistemáticas (Romine, et al.; Homack, et al.) y 2 estudios primarios (Pineda, et al.; Oie, et al.); en líneas generales los niños con déficit atencional obtuvieron resultados más bajos en los test al compararlos con grupos control; dicha diferencia es un poco más marcada en algunas variables como aprendizaje, memoria verbal, atención, procesamiento auditivo, pero el tamaño del efecto es moderado-bajo. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, medido en uno de los estudios son bajos.

Basado en estos resultados se considera inadecuado proponer los test de inteligencia como herramienta diagnóstica para el déficit atencional; aunque al parecer pudieran tener cierta utilidad en la evaluación integral del sujeto.

#### **11.1.6 Práctica médica**

No se encontraron revisiones sistemáticas, ni estudios primarios que evaluaran el papel del pediatra, médico de familia, neurólogo y/o psiquiatra en el diagnóstico del déficit atencional.

Las guías de práctica clínica indican que debería ser el médico de atención primaria (médico de familia, pediatra) el que iniciase la evaluación del niño con sospecha diagnóstica de déficit atencional, justificado por el hecho de la alta prevalencia de este trastorno en la población escolar.

### **11.2 Preguntas de Tratamiento**

#### **11.2.1 MPH vs placebo**

En esta pregunta se obtuvo 4RS (Schafer, King, Jadad, Miller) y 8 EP (Gruber, Grizenko, Kent, Wilens, Cox 2004, MTA, Research, Greenhill); dos de las revisiones sistemáticas de alta calidad: King y Jadad y de los EP todos, excepto el de Gruber (pobre calidad) son de adecuada calidad.

En relación a los resultados, todos los estudios son de corta duración, existe diversidad en la dosis y presentación de MPH; en su mayoría los resultados de las intervenciones son evaluados a través de los síntomas del TDHA usando la escala de Conners o sus versiones, donde el MPH demuestra superioridad estadísticamente significativa en relación al placebo. Otros efectos evaluados en las revisiones descritas son: calidad de vida entre otros, con resultado favorable al MPH, no estadísticamente significativos; en cuanto a otros efectos, uno de los estudios primarios evaluó la eficiencia del sueño (Gruber), otro índice académico (Grizenko) y otro conducción de vehículos (Cox) con respuesta favorable al MPH. En relación a los efectos adversos es en el análisis crítico de las revisiones donde se reporta su mayor presencia, entre ellos: disminuciones del apetito, insomnio y cefalea, y existe diversidad en cuanto a la significación estadística.

El nivel de evidencia es I.

En Chile es aplicable por la disponibilidad del recurso.

Se sugiere estudios clínicos controlados, con mayor calidad metodológica, aumentar el número de participantes, mayor duración de los estudios y mayor homogeneidad en la dosis y tipo de MPH a evaluar y de los efectos a medir.

#### **11.2.2 MPH de larga acción vs MPH de corta acción**

En esta pregunta se obtuvo 1 RS (King) y 2 EP (Steele, Wolraich); la revisión sistemáticas es de alta calidad: King y los EP son de pobre calidad.

En relación a los resultados todos los estudios son de corta duración, las muestras en los estudios primarios son adecuadas. En su mayoría los resultados de las intervenciones son evaluados a través de los síntomas del TDHA usando la escala de Conners o sus versiones, en los estudios primarios se incorporan calidad de vida y satisfacción. Se reporta en la revisión que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos MPH, en uno de los estudios Primarios (Steele) el MPH de larga acción demuestra superioridad estadísticamente significativa en relación al MPH. En relación a los efectos adversos no se reportan diferencias entre las dos presentaciones de MPH.

El nivel de evidencia es I.

En Chile es aplicable por la disponibilidad del recurso.

Se sugiere estudios clínicos controlados, con mayor calidad metodológica, aumentar el número de participantes, mayor duración de los estudios y mayor homogeneidad en la dosis y tipo de MPH a evaluar y de los efectos a medir.

#### **11.2.3 MPH indicado por médicos de APS vs MPH indicado por médicos psiquiatras**

No se obtuvo ni revisiones sistemáticas ni estudios primarios, específicos a esta pregunta, se sugiere investigaciones al respecto.

#### **11.2.4 ATX vs placebo**

En esta pregunta se obtuvo 2RS (King y Garcés) y 4 EP (Kelsey, Biedermann, Michelson, Michelson), sólo la revisión de King es de alta calidad, la de Garcés es muy pobre y de los EP todos, excepto el de Biedermann, son de pobre calidad.

En relación a los resultados, todos los estudios son de corta duración, se divide la atomoxetina en dosis baja, mediana y alta; en su mayoría los resultados de las intervenciones son evaluados a través de los síntomas del TDHA usando la escala de Conners o SNAP IV o sus versiones, donde la ATX demuestra superioridad estadísticamente significativa en relación al placebo, excepto a baja dosis. Otros efectos evaluados en las revisiones descritas son: calidad de vida y comportamiento social, entre otros, con resultado favorable a la ATX, estadísticamente significativo. En relación a los efectos adversos no se reportan diferencias estadísticamente significativas, y se reporta con mayor frecuencia la disminución del apetito.

El nivel de evidencia es II-1

En Chile es aplicable por la disponibilidad del recurso.

Se sugiere estudios clínicos controlados, con mayor calidad metodológica, aumentar el número de participantes, mayor duración de los estudios y mayor de los efectos a medir.

#### **11.2.5 ATX VS MPH**

En esta pregunta se obtuvo 2 RS (King y Garcés) y ningún EP, solo la revisión de King es de alta calidad.

En relación a los resultados: el estudio de King describe 2 estudios con diversidad en la presentación entre MPH y ATX, una de ellas reporta superioridad del MPH sobre ATX, pero no evaluó Índice de hiperactividad ni calidad de vida. Es en la revisión de Garcés que presenta dos estudios donde se demuestra la superioridad estadísticamente significativa de la ATX sobre el MPH. En relación a los efectos adversos es en el análisis crítico de la revisión de King que se reportan no significativos y en la de Garcés son se reportan efectos adversos.

El nivel de evidencia es II-1.

En Chile es aplicable por la disponibilidad del recurso.

Se sugiere estudios clínicos controlados, con mayor calidad metodológica, aumentar el número de participantes, mayor duración de los estudios y mayor homogeneidad en la dosis y tipo de MPH Y ATX a evaluar y de los efectos a medir.

#### **11.2.6 DEX vs MPH**

En esta pregunta se obtuvo 2 RS (King, Jadad) y 3 EP (Cox 2006, Ardoin, Pelham); Las dos revisiones sistemáticas son de alta calidad y de los EP todos, excepto el de Pelhan (pobre calidad) son de adecuada calidad.

En relación a los resultados los estudios de las revisiones evalúan las intervenciones a través de los síntomas del TDHA usando la escala de Conners o sus versiones, donde un solo trabajo de los 2 reportados por King reporta significación estadística y de los presentados en la revisión de Jadad en ninguno hubo significación estadística, los efectos adversos no fueron reportados. Para los estudios primarios existe diversidad en la evaluación: manejo de vehículos simulados (Cox), índices académicos (Pelham) y auto reportes (Ardoin) en los 3 el uso de MPH fue superior al de anfetaminas. Los efectos adversos no fueron evaluables.

El nivel de evidencia es II-1.

En Chile es aplicable.

Se sugiere estudios clínicos controlados, con mayor calidad metodológica, aumentar el número de participantes, mayor duración de los estudios y mayor homogeneidad en la dosis y tipo de MPH y DEX a evaluar y de los efectos a medir.

#### **11.2.7 Antidepresivo vs MPH**

En esta pregunta se obtuvo 1 RS (Jadad) que es de adecuada calidad y ningún EP.

En relación a los resultados todos los estudios reportados en la revisión son de corta duración, y 2 de los cinco reportados de adecuada calidad. Los resultados de las intervenciones son evaluados a través de los síntomas del TDHA usando la escala de Conners o sus versiones, y otras escalas como calidad de vida, donde no se demuestra diferencias estadísticamente significativas al comparar las dos drogas. Uno de los estudios descritos demostró la superioridad del antidepresivo sobre el MPH pero no fue significativo. En relación a los efectos adversos no se presentaron adecuadamente para extracción y su análisis.

El nivel de evidencia es II-1.

En Chile es aplicable.

Se sugiere estudios clínicos controlados, con mayor calidad metodológica, aumentar el número de participantes, mayor duración de los estudios y mayor homogeneidad en la dosis y tipo de MPH y antidepresivos a evaluar y de los efectos a medir.

#### **11.2.8 Alfa agonistas vs MPH**

No se obtuvo la disponibilidad, ni de las revisiones sistemáticas ni estudios primarios, específicos a esta pregunta.

#### **11.2.9 MPH + psicoterapia individual vs MPH solo**

En esta pregunta se obtuvo 2 RS (Jadad, Miller) y 1 EP (MTA); Una de las revisiones sistemáticas de alta calidad: Jadad y el estudio de MTA de adecuada calidad.

En relación a los resultados los pocos estudios en la revisión son de corta duración, excepto el de MTA (24 meses de seguimiento). En su mayoría los resultados de las intervenciones son evaluados a través de los síntomas del TDHA usando la escala de Conners o sus versiones, donde el MPH más la psicoterapia demuestra superioridad

estadísticamente no significativa en relación al MPH solo. En relación a los efectos adversos es en el estudio de MTA donde resalta la disminución del peso y la talla en forma significativa con el uso de estimulantes.

El nivel de evidencia es II-1.

La aplicabilidad en el contexto de Chile depende de las herramientas disponibles y las especificaciones en cuanto a la psicoterapia individual ofrecida en los estudios y que éstas sean reproducibles, considerando las características socioculturales de la población.

Se sugiere estudios clínicos controlados, con mayor calidad metodológica, aumentar el número de participantes, mayor duración de los estudios y mayor homogeneidad en la intervención no farmacológica a realizar.

#### **11.2.10 MPH + psicoterapia grupal vs MPH solo**

No se obtuvo ni revisiones sistemáticas ni estudios primarios específicos a esta pregunta, se sugiere investigaciones al respecto.

#### **11.2.11 MPH + intervenciones psicosociales vs MPH solo**

En esta pregunta se obtuvo 2 RS (Jadad, Miller) y 2 EP (MTA, Gully); una de las revisiones sistemáticas de alta calidad: Jadad y el estudio de MTA de adecuada calidad.

En relación a los resultados los pocos estudios en la revisión son de corta duración, excepto el de MTA (24 meses de seguimiento). En su mayoría los resultados de las intervenciones son evaluados a través de los síntomas del TDHA usando la escala de Conners o sus versiones, donde el MPH más las intervenciones psicosociales referidas en dichos estudios demuestran superioridad estadísticamente no significativa en relación al MPH solo. En relación a los efectos adversos es en el estudio de MTA donde resalta la disminución del peso y la talla en forma significativa con el uso de estimulantes.

El nivel de evidencia es II-1.

La aplicabilidad en el contexto de Chile depende de las herramientas disponibles y las especificaciones en cuanto a las diversas intervenciones psicosociales ofrecidas en los estudios y que éstas sean reproducibles, considerando las características socioculturales de la población.

Se sugiere estudios clínicos controlados, con mayor calidad metodológica, aumentar el número de participantes, mayor duración de los estudios y mayor homogeneidad en la intervención no farmacológica a realizar.

#### **11.2.12 MPH + intervenciones del equipo de APS y psicosociales vs MPH solo**

No se obtuvo ni revisiones sistemáticas ni estudios primarios, específicos a esta pregunta; se sugiere investigaciones al respecto.

### **11.2.13 Intervenciones psicosociales vs MPH**

En esta pregunta se obtuvo 3 RS (King, Jadad, Miller) y 1 EP (MTA); Dos de las revisiones sistemáticas de alta calidad: Jadad y King y el estudio de MTA de adecuada calidad.

En relación a los resultados los pocos estudios en la revisión son de corta duración, excepto el de MTA (24 meses de seguimiento). En su mayoría los resultados de las intervenciones son evaluados a través de los síntomas del TDHA usando la escala de Conners o sus versiones, donde el MPH solo demuestra superioridad estadísticamente significativa en relación a las intervenciones psicosociales descritas. En relación a los efectos adversos es en el estudio de MTA donde resalta la disminución del peso y la talla en forma significativa con el uso de estimulantes.

El nivel de evidencia es II-1.
--------------------------------

La aplicabilidad en el contexto de Chile depende de las herramientas disponibles y las especificaciones en cuanto a las intervenciones psicosociales ofrecida en los estudios y que éstas sean reproducibles considerando las características socioculturales de la población.

Se sugiere estudios clínicos controlados, con mayor calidad metodológica, aumentar el número de participantes, mayor duración de los estudios y mayor homogeneidad en la intervención no farmacológica a realizar.

### **11.2.14 MPH + terapia familiar vs MPH**

En esta pregunta se obtuvo 2 RS (Jadad, Miller) y 1 EP (MTA); una de las revisiones sistemáticas de alta calidad: Jadad y el estudio de MTA de adecuada calidad.

En relación a los resultados los pocos estudios en la revisión son de corta duración, excepto el de MTA (24 meses de seguimiento). En su mayoría los resultados de las intervenciones son evaluados a través de los síntomas del TDHA usando la escala de Conners o sus versiones, donde el MPH más la terapia familiar demuestra superioridad estadísticamente no significativa en relación al MPH solo. En relación a los efectos adversos es en el estudio de MTA donde resalta la disminución del peso y la talla en forma significativa con el uso de estimulantes.

El nivel de evidencia es II-1.
--------------------------------

La aplicabilidad en el contexto de Chile depende de las herramientas disponibles y las especificaciones en cuanto a la terapia familiar ofrecida en los estudios y que éstas sean reproducibles, considerando las características socioculturales de la población.

Se sugiere estudios clínicos controlados, con mayor calidad metodológica, aumentar el número de participantes, mayor duración de los estudios y mayor homogeneidad en la intervención no farmacológica a realizar.

### **11.2.15 MPH + intervención familiar vs MPH**

En esta pregunta se obtuvo 2 RS (Jadad, Miller) y 2 EP (MTA, Montiel); una de las revisiones sistemáticas de alta calidad: Jadad y el estudio de MTA de adecuada calidad.

En relación a los resultados los pocos estudios en la revisión son de corta duración, excepto el de MTA (24 meses de seguimiento). En su mayoría los resultados de las intervenciones son evaluados a través de los síntomas del TDHA usando la escala de Conners o sus versiones, donde el MPH más la intervención familiar demuestra superioridad estadísticamente no significativa en relación al MPH solo. En relación a los efectos adversos es en el estudio de MTA donde resalta la disminución del peso y la talla en forma significativa con el uso de estimulantes.

El nivel de evidencia es II-1.

La aplicabilidad en el contexto de Chile depende de las herramientas disponibles y las especificaciones en cuanto a la intervención familiar ofrecida en los estudios y que éstas sean reproducibles, considerando las características socioculturales de la población.

Se sugiere estudios clínicos controlados, con mayor calidad metodológica, aumentar el número de participantes, mayor duración de los estudios y mayor homogeneidad en la intervención no farmacológica a realizar.

### **11.2.16 Intervenciones preventivas en ambiente familiar y jardín infantil en menores de 6 años vs ningún tipo de intervención preventiva**

No se obtuvo la disponibilidad ni de las revisiones sistemáticas ni estudios primarios, específicos a esta pregunta.

### **11.2.17 Tratamiento integral por médico de APS y psiquiatra o neurólogo/a en niños o niñas con comorbilidad psiquiátrica/neurológica**

En esta pregunta se obtuvo para RS ningún estudio y 3 EP (Schefer, Spencer, Schahill); sólo 1 estudio es de adecuada calidad: Spencer.

En relación a los resultados los pocos estudios en la revisión son de corta duración. Las comorbilidades estudiadas son: 1 con trastorno bipolar (Shefer) y las otros dos con tic. En su mayoría los resultados de las intervenciones son evaluados a través de los síntomas del TDHA usando la escala de Conners o sus versiones, más los síntomas de la patología en estudio según sus diversas escalas. Los resultados reflejan que el uso de anfetaminas para el caso del trastorno bipolar es estadísticamente significativo para el control de los síntomas del TDHA, de igual manera el uso de antidepresivos o alfa agonistas en mejoría del tic. En relación a los efectos adversos se reportan no significativos, sin que las drogas usadas agraven las comorbilidades.

El nivel de evidencia es II-1.

La aplicabilidad en el contexto de Chile depende de la prevalencia de las comorbilidades estudiadas y la diversidad de tratamientos disponibles en este país, considerando las características socioculturales de la población.

Se sugiere estudios clínicos controlados, con mayor calidad metodológica, aumentar el número de participantes, establecer mejor la prevalencia de las comorbilidades y los tratamientos concomitantes usados.

**11.2.18 Tratamiento integral por médico de APS y psiquiatra o neurólogo/a para el trastorno hiperquinético/trastorno de atención leve, moderado o severo**

En esta pregunta no se obtuvo Revisiones Sistemáticas y 1 EP (Reserach), dicho estudio es de pobre calidad.

En relación a los resultados el único estudio reportado es de corta duración con pacientes de moderado a severo TDHA. Los resultados de las intervenciones son evaluados a través de los síntomas del TDHA usando la escala de Conners o sus versiones, por los profesores en la escuela y padres en el hogar. La intervención se realizó con el uso de MPH y éste demuestra la superioridad estadísticamente significativa en relación al placebo. En relación a los efectos adversos se describe la retirada de los sujetos en un 18% sin descripción y análisis de los mismos.

El nivel de evidencia es II-1.
--------------------------------

La aplicabilidad en el contexto de Chile depende de la prevalencia que se tenga de los diversos subtipos que del TDHA existan en la región, considerando las características socioculturales de la población.

Se sugiere estudios clínicos controlados, con mayor calidad metodológica, aumentar el número de participantes, mayor duración de los estudios y mayor homogeneidad en las intervenciones a realizar.

**11.2.19 Intervenciones diferenciadas en niños vs niñas**

No se obtuvo ni revisiones sistemáticas ni estudios primarios, específicos a esta pregunta, se sugiere investigaciones al respecto.

## 12 CONCLUSIONES

### 12.1 Diagnóstico en Déficit Atencional

No existe evidencia científica disponible sobre la validez y confiabilidad del Test de Conners como herramienta de diagnóstico de déficit atencional; las guías de práctica clínica no la recomiendan. Es necesario la creación y validación de instrumentos para el tamizaje del déficit atencional.

Se recomienda el uso del electroencefalograma cuantitativo como una herramienta más en el diagnóstico del déficit atencional.

No se recomienda el uso de la tomografía computada para el diagnóstico del déficit atencional.

No existe evidencia científica disponible que valore de manera cuantitativa la efectividad de la resonancia magnética en el diagnóstico del déficit atencional.

Los test de inteligencia pueden ser utilizados en la valoración integral del individuo con déficit atencional, pero no se recomienda como herramienta de diagnóstico.

No existe evidencia científica disponible que evalúe el papel del médico (primaria/especialista) en el diagnóstico del déficit atencional, pero las guías de práctica clínica recomiendan que la evaluación debe iniciarse por el médico de atención primaria, médico de familia o pediatra.

### 12.2 Tratamiento en Déficit Atencional

¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de metilfenidato y placebo en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?

El metilfenidato resulta ser significativamente superior que el placebo en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida, con pocos efectos adversos, en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional.

¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de metilfenidato de larga acción y metilfenidato de corta acción en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?

El metilfenidato de larga acción no resulta ser superior al metilfenidato de corta acción en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida, y efectos adversos, en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional.

¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de metilfenidato indicado por médicos de atención primaria y metilfenidato indicado por médicos

psiquiatras en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?

No hay reportes disponibles de metaanálisis, revisiones sistemáticas ni ensayos clínicos controlados al respecto.

¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de atomoxetina y placebo en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?

La atomoxetina resulta ser significativamente superior que el placebo en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida, con pocos efectos adversos, en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional.

¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de atomoxetina y metilfenidato en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?

El metilfenidato parece ser superior a la atomoxetina en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida, con pocos efectos adversos, en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional.

¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de anfetamina y metilfenidato en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?

El metilfenidato parece ser superior a las anfetaminas en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida, con pocos efectos adversos, en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional.

¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de antidepresivo y metilfenidato en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?

El metilfenidato no demuestra diferencias al uso de antidepresivos en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida, con pocos efectos adversos, en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional

¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de alfa-agonistas y metilfenidato en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?

No hay reportes disponibles de metaanálisis, revisiones sistemáticas ni ensayos clínicos controlados al respecto.

¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de metilfenidato más psicoterapia individual y metilfenidato solo en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?

El metilfenidato más psicoterapia individual parece ser superior que el metilfenidato solo en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida, con pocos efectos adversos, en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional

¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de metilfenidato más psicoterapia grupal y metilfenidato solo en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?

No hay reportes disponibles de metaanálisis, revisiones sistemáticas ni ensayos clínicos controlados al respecto.

¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de metilfenidato más intervenciones psicosociales y metilfenidato solo en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?

El metilfenidato más intervenciones psicosociales parece ser superior que el metilfenidato solo en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida, con pocos efectos adversos, en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional.

¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de metilfenidato más intervenciones del equipo de atención primaria y psicosociales y metilfenidato solo en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?

No hay reportes disponibles de metaanálisis, revisiones sistemáticas ni ensayos clínicos controlados al respecto.

¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de intervenciones psicosociales sin medicación y metilfenidato solo en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?

El metilfenidato resulta ser significativamente superior que las intervenciones psicosociales solas en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida, con pocos efectos adversos, en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional.

¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de metilfenidato más terapia familiar y metilfenidato solo en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?

---

El metilfenidato más terapia familiar parece ser superior que el metilfenidato solo en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida, con pocos efectos adversos, en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional.

¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de metilfenidato más intervención familiar y metilfenidato solo en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?

El metilfenidato más intervención familiar parece ser superior que el metilfenidato solo en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida, con pocos efectos adversos, en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional.

¿Cuál es la efectividad comparada, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y efectos adversos; de intervenciones preventivas en ambiente familiar y jardín infantil en menores de 6 años y ningún tipo de intervención preventiva en menores de 6 años, en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?

No hay reportes disponibles de metaanálisis, revisiones sistemáticas ni ensayos clínicos controlados al respecto.

¿Cuál es la efectividad del tratamiento integral por médico de atención primaria y psiquiatra o neurólogo en niños o niñas con comorbilidad psiquiátrica – neurológica, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial y calidad de vida?

La anfetamina resulta ser significativamente superior que el placebo en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida, con pocos efectos adversos, en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional con trastornos bipolar.

Los antidepresivos o alfa agonistas resulta ser significativamente superior que el placebo en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida, con pocos efectos adversos, en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional con tics.

¿Cuál es la efectividad del tratamiento integral por médico de atención primaria y psiquiatra o neurólogo para el trastorno hiperquinético/trastorno de atención leve, moderado o severo, medida en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial y calidad de vida, en pacientes de 6 a 19 años de edad?

El metilfenidato resulta ser significativamente superior que el placebo en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial, calidad de vida, con pocos efectos adversos, en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional de moderado a severo.

¿Cuál es la efectividad de las intervenciones diferenciadas entre niños y niñas, medidas en términos de funcionamiento educacional, funcionamiento psicosocial y calidad de vida en el tratamiento de pacientes de 6 a 19 años de edad con déficit atencional?

No hay reportes disponibles de metaanálisis, revisiones sistemáticas ni ensayos clínicos controlados al respecto.

En relación a las estrategias terapéuticas del TDHA, podemos concluir que los estudios que la evalúan, revelan muchas deficiencias metodológicas que limitan su validez y precisión y por ende, su aplicación clínica. Entre ellas: muestras pequeñas, en edad preescolar en gran proporción, corta duración, la no descripción de los métodos aleatorizados, ni información sobre el ocultamiento o razones de las retiradas de los grupos; en cuanto a las medidas de resultados no son homogéneas, en su mayoría se usan versiones modificadas de la escala de Conners, pero no se ofrece información explícita sobre ellas.

El uso de intervenciones farmacológicas indica consistentemente que los estimulantes, en particular, el MPH, puede ser más eficaz que el placebo o las intervenciones no farmacológicas. Las pocas comparaciones entre los estimulantes (MPH de duración variable y anfetaminas) no revelan diferencias significativas en cuanto a eficacia y efectos secundarios. Las otras drogas evaluadas: atomoxetina, antidepresivos y alfa antagonistas son alternativas a los estimulantes y necesitan mayor investigación.

En relación a las terapéuticas no farmacológicas estudiadas (intervenciones psicosociales, psicoterapia individual y grupal, intervenciones familiares y terapias familiares) combinadas con MPH vs MPH solo, se demuestra la superioridad de los beneficios de las terapias combinadas en forma incierta, por las limitaciones de los estudios. El estudio de MTA representa una importante contribución al conocimiento en esta área.

Muchos de los efectos secundarios y/o adversos asociados con las drogas estudiadas parecen ser relativamente leve, de corta duración y con capacidad de respuesta a la dosis o el calendario. Sin embargo, los datos son insuficientes sobre los efectos a largo plazo y la gravedad de los efectos adversos de la mayoría de las intervenciones.

En general se requieren investigaciones de mayor calidad sobre las preguntas realizadas de las cuales se obtuvo algunos estudios con limitaciones, así como de las inquietudes de las que no se obtuvo estudios, entre ellos las diferencias por género, miembros del equipo que atiende a los pacientes.

## 13 ANEXOS

### 13.1 Revisiones Sistemáticas Seleccionadas

#	Referecia
1	Chabot RJ, di Michele F, Pritchep L, John ER. The clinical role of computerized EEG in the evaluation and treatment of learning and attention disorders in children and adolescents. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2001 Spring; 13(2): 171-86. Review.
2	Garces K. Atomoxetine for attention deficit/hyperactivity disorder. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA). Issues in Emerging Health Technologies Issue 46. Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA). 2003. PAG: 4. Review.
3	Giedd JN, Blumenthal J, Molloy E, Castellanos FX. Brain imaging of attention deficit/hyperactivity disorder. Ann N Y Acad Sci. 2001 Jun; 931:33-49. Review. PMID: 11462751 [PubMed - indexed for MEDLINE]
4	Homack S, Riccio CA. A meta-analysis of the sensitivity and specificity of the Stroop Color and Word Test with children. Arch Clin Neuropsychol. 2004 Sep; 19(6): 725-43.
5	Jadad and colle. Agency for Healthcare Research and Quality. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Evidence Report/Technology Assessment 11. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 1999.
6	King S, Griffin S, Hodges Z, Weatherly H, Asseburg C, Richardson G, Golder S, Taylor E, Drummond M, Riemsma R A systematic review and economic model of the effectiveness and cost-effectiveness of methylphenidate, dexamfetamine and atomoxetine for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. Health Technology Assessment Vol.10: No.23. The National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA). 2006 PAG: 382
7	Romine CB, Lee D, Wolfe ME, Homack S, George C, Riccio CA. Wisconsin Card Sorting Test with children: a meta-analytic study of sensitivity and specificity. Arch Clin Neuropsychol. 2004 Dec; 19(8): 1027-41.
8	Schachter H M, Pham B, King J, Langford S, Moher D. How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit

	disorder in children and adolescents: a meta-analysis. Canadian Medical Association Journal. 2001. VOL: 165(11). PAG: 1475-1488.
9	Snyder SM, Hall JR. A meta-analysis of quantitative EEG power associated with attention-deficit hyperactivity disorder. J Clin Neurophysiol. 2006 Oct; 23(5): 440-55.

### **PREGUNTAS DE DIAGNÓSTICO:**

#### **Test de Conners:**

No se encontraron revisiones sistemáticas relacionadas con el tema

#### **Electroencefalograma:**

- 1 Snyder SM, Hall JR. A meta-analysis of quantitative EEG power associated with attention-deficit hyperactivity disorder. J Clin Neurophysiol. 2006 Oct; 23(5): 440-55.
- 2 Chabot RJ, di Michele F, Prichep L, John ER. The clinical role of computerized EEG in the evaluation and treatment of learning and attention disorders in children and adolescents. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2001 Spring; 13(2): 171-86. Review.

#### **Tomografía Computada:**

- 3 Giedd JN, Blumenthal J, Molloy E, Castellanos FX. Brain imaging of attention deficit/hyperactivity disorder. Ann N Y Acad Sci. 2001 Jun; 931: 33-49. Review. PMID: 11462751 [PubMed - indexed for MEDLINE]

#### **Imagen de Resonancia Magnética:**

No se encontraron revisiones sistemáticas cuantitativas relacionadas al tema.

#### **Test de Inteligencia:**

- 19 Romine CB, Lee D, Wolfe ME, Homack S, George C, Riccio CA. Wisconsin Card Sorting Test with children: a meta-analytic study of sensitivity and specificity. Arch Clin Neuropsychol. 2004 Dec; 19(8): 1027-41.
- 20 Homack S, Riccio CA. A meta-analysis of the sensitivity and specificity of the Stroop Color and Word Test with children. Arch Clin Neuropsychol. 2004 Sep; 19(6): 725-43.

#### **Participación Médica en el Diagnóstico:**

No se encontraron revisiones sistemáticas relacionadas al tema.

## PREGUNTAS DE TRATAMIENTO

### METILFENIDATO (MPH) VS PLACEBO.

#### Revisiones Sistemáticas

1	Schachter H M, Pham B, King J, Langford S, Moher D. How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents: a meta-analysis. Canadian Medical Association Journal. 2001. VOL: 165(11). PAG: 1475-1488.
2	King S, Griffin S, Hodges Z, Weatherly H, Asseburg C, Richardson G, Golder S, Taylor E, Drummond M, Riemsma R A systematic review and economic model of the effectiveness and cost-effectiveness of methylphenidate, dexamfetamine and atomoxetine for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. Health Technology Assessment Vol.10: No.23. The National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA). 2006 PAG: 382
3	Jadad and colle. Agency for Healthcare Research and Quality. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Evidence Report/Technology Assessment 11. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 1999.
4	Miller A, Lee S, Raina P, Klassen A, Zupancic J, Olsen L. A review of therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA); 1999.

### METILFENIDATO DE LARGA ACCIÓN VS METILFENIDATO DE CORTA ACCIÓN.

#### Revisiones Sistemáticas

1	King S, Griffin S, Hodges Z, Weatherly H, Asseburg C, Richardson G, Golder S, Taylor E, Drummond M, Riemsma R A systematic review and economic model of the effectiveness and cost-effectiveness of methylphenidate, dexamfetamine and atomoxetine for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. Health Technology Assessment Vol.10: No.23. The National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA). 2006 PAG: 382
---	---

MPH INDICADO POR MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA VS MPH INDICADO POR MÉDICOS PSIQUIATRAS.

No se obtuvo revisiones sistemáticas.

ATOMOXETINA (ATX) VS PLACEBO.

Revisiones sistemáticas

1	King S, Griffin S, Hodges Z, Weatherly H, Asseburg C, Richardson G, Golder S, Taylor E, Drummond M, Riemsma R A systematic review and economic model of the effectiveness and cost-effectiveness of methylphenidate, dexamfetamine and atomoxetine for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. Health Technology Assessment Vol.10: No.23. The National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA). 2006 PAG: 382
2	Garces K. Atomoxetine for attention deficit/hyperactivity disorder. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA). Issues in Emerging Health Technologies Issue 46. Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA). 2003. PAG: 4. Review.

ATOMOXETINA VS METILFENIDATO.

Revisiones Sistemáticas

1	King S, Griffin S, Hodges Z, Weatherly H, Asseburg C, Richardson G, Golder S, Taylor E, Drummond M, Riemsma R A systematic review and economic model of the effectiveness and cost-effectiveness of methylphenidate, dexamfetamine and atomoxetine for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. Health Technology Assessment Vol.10: No.23. The National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA). 2006 PAG: 382
2	Jadad and colle. Agency for Healthcare Research and Quality. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Evidence Report/Technology Assessment 11. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 1999.

1	King S, Griffin S, Hodges Z, Weatherly H, Asseburg C, Richardson G, Golder S, Taylor E, Drummond M, Riemsma R A systematic review and economic model of the effectiveness and cost-effectiveness of methylphenidate, dexamfetamine and atomoxetine for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. Health Technology Assessment Vol.10: No.23. The National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA). 2006 PAG: 382
2	Jadad and colle. Agency for Healthcare Research and Quality. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Evidence Report/Technology Assessment 11. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 1999.

#### ANTIDEPRESIVOS VS METILFENIDATO.

Revisiones sistemáticas

1	Jadad and colle. Agency for Healthcare Research and Quality. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Evidence Report/Technology Assessment 11. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 1999.
---	--

#### ALFA AGONISTAS VS METILFENIDATO.

No hay reportes de revisiones.

#### METILFENIDATO MÁS PSICOTERAPIA INDIVIDUAL VS METILFENIDATO SOLO.

Revisiones sistemáticas

1	Jadad and colle. Agency for Healthcare Research and Quality. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Evidence Report/Technology Assessment 11. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 1999.
2	Miller A, Lee S, Raina P, Klassen A, Zupancic J, Olsen L. A review of therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA); 1999.

METILFENIDATO MÁS PSICOTERAPIA GRUPAL VS METILFENIDATO SOLO.

No hay reportes de revisiones.

METILFENIDATO MÁS INTERVENCIONES PSICOSOCIALES VS METILFENIDATO SOLO.

Revisiones sistemáticas

1	Jadad and colle. Agency for Healthcare Research and Quality. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Evidence Report/Technology Assessment 11. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 1999.
2	Miller A, Lee S, Raina P, Klassen A, Zupancic J, Olsen L. A review of therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA); 1999.

METILFENIDATO MÁS INTERVENCIONES DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y PSICOSOCIALES VS METILFENIDATO SOLO.

No hay reportes de revisiones.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES VS METILFENIDATO.

Revisiones sistemáticas

1	King S, Griffin S, Hodges Z, Weatherly H, Asseburg C, Richardson G, Golder S, Taylor E, Drummond M, Riemsma R A systematic review and economic model of the effectiveness and cost-effectiveness of methylphenidate, dexamfetamine and atomoxetine for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. Health Technology Assessment Vol.10: No.23. The National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA). 2006 PAG: 382
2	Miller A, Lee S, Raina P, Klassen A, Zupancic J, Olsen L. A review of therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA); 1999.
3	Jadad and colle. Agency for Healthcare Research and Quality. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Evidence Report/Technology Assessment 11.

	Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 1999.
--	--

METILFENIDATO MÁS TERAPIA FAMILIAR VS METILFENIDATO.

Revisiones sistemáticas

1	Jadad and colle. Agency for Healthcare Research and Quality. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Evidence Report/Technology Assessment 11. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 1999.
2	Miller A, Lee S, Raina P, Klassen A, Zupancic J, Olsen L. A review of therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA); 1999.

METILFENIDATO MÁS INTERVENCIÓN FAMILIAR VS METILFENIDATO.

Revisiones sistemáticas

1	Jadad and colle. Agency for Healthcare Research and Quality. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Evidence Report/Technology Assessment 11. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 1999.
2	Miller A, Lee S, Raina P, Klassen A, Zupancic J, Olsen L. A review of therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA); 1999.

INTERVENCIONES PREVENTIVAS EN AMBIENTE FAMILIAR Y JARDÍN INFANTIL EN MENORES DE 6 AÑOS VS NINGÚN TIPO DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA.

No hay reportes de revisiones sistemáticas.

TRATAMIENTO INTEGRAL POR MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y PSIQUIATRA O NEURÓLOGO EN NIÑOS O NIÑAS CON CO MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA – NEUROLÓGICA.

Revisiones sistemáticas

No hay reportes de revisiones sistemáticas para esta pregunta.

TRATAMIENTO INTEGRAL POR MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y PSIQUIATRA O NEURÓLOGO PARA EL TRASTORNO HIPERQUINÉTICO/TRASTORNO DE ATENCIÓN LEVE, MODERADO O SEVERO.

No hay reportes de revisiones sistemáticas.

INTERVENCIONES DIFERENCIADAS ENTRE NIÑOS VS NIÑAS.

No hay reportes de revisiones sistemáticas.

### 13.2 Revisiones Excluidas

#### PREGUNTAS DE DIAGNÓSTICO:

#	Referencia	Causal
1	Furman L. What is attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)? J Child Neurol. 2005 Dec; 20(12):994-1002. Review.	Revisión narrativa, no sistemática.
2	Voeller KK. Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). J Child Neurol. 2004 Oct; 19(10):798-814. Review.	Revisión narrativa, no sistemática.
3	Hechtman L. Assessment and diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2000 Jul; 9(3):481-98. Review.	Revisión narrativa, no sistemática.
4	Mercugliano M. What is attention-deficit/hyperactivity disorder? Pediatr Clin North Am. 1999 Oct; 46(5):831-43. Review.	Revisión narrativa, no sistemática.
5	ECRI. Continuous Performance Tests (CPTs) for Diagnosis and Titration of Medication for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Full Health Care Technology Assessment (CLIN 0001). Contract No. MDA906-00-D-0001. Delivery Order No. 0003. November 13, 2000.	No evalúa test de Conners, ni de inteligencia.
6	Willis WG, Weiler MD. Neural substrates of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder: electroencephalographic and magnetic resonance imaging	No muestra resultados

	evidence. Dev Neuropsychol. 2005;27(1):135-82. Review.	cuantitativos.
7	Monastra VJ, Lubar JF, Linden M. The development of a quantitative electroencephalographic scanning process for attention deficit-hyperactivity disorder: reliability and validity studies. Neuropsychology. 2001 Jan;15(1):136-44.	Estudio primario que además ya está incluido en revisión seleccionada.
8	Campos-Castelló J. [Neurological assessment of learning disorders] Rev Neurol. 1998 Aug;27(156):280-5. Review. Spanish.	Revisión narrativa, no sistemática.
9	Accardo P. A rational approach to the medical assessment of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatr Clin North Am. 1999 Oct;46(5):845-56, v. Review.	Revisión narrativa, no sistemática.
10	Overmeyer S, Taylor E. Neuroimaging in hyperkinetic children and adults: an overview. Pediatr Rehabil. 2000 Apr-Jun;4(2):57-70. Review.	No da respuesta al tema de la pregunta planteada.
11	Serene JA, Ashtari M, Szeszko PR, Kumra S. Neuroimaging studies of children with serious emotional disturbances: a selective review. Can J Psychiatry. 2007 Mar;52(3):135-45. Review.	No muestra resultados cuantitativos.
12	Bush G, Valera EM, Seidman LJ. Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and suggested future directions. Biol Psychiatry. 2005 Jun 1;57(11):1273-84. Review.	No muestra resultados cuantitativos.
13	Wilke M, Holland SK, Myseros JS, Schmithorst VJ, Ball WS Jr. Functional magnetic resonance imaging in pediatrics. Neuropediatrics. 2003 Jun;34(5):225-33. Review.	Revisión narrativa, no sistemática.
14	Eliez S, Reiss AL. MRI neuroimaging of childhood psychiatric disorders: a selective review. J Child Psychol Psychiatry. 2000 Sep;41(6):679-94. Review.	No muestra resultados cuantitativos.
15	Hendren RL, De Backer I, Pandina GJ. Review of neuroimaging studies of child and adolescent psychiatric disorders from the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000 Jul;39(7):815-28. Review.	No muestra resultados cuantitativos.

16	Karande S. Attention deficit hyperactivity disorder--a review for family physicians. Indian J Med Sci. 2005 Dec;59(12): 546-55.	Revisión narrativa, no sistemática.
17	Barra M., Flora de la; García S., Ricardo. Actualización en el diagnóstico y tratamiento del trastorno de déficit atencional / hiperactividad / Attention deficit disorder with hyperactivity diagnosis and treatment actualization. Rev. Med. Clin. Condes; 16(4):242-250, oct. 2005. ilustración, tabla.	Revisión narrativa, no sistemática.
18	Lopes, Regina Maria Fernandes; Nascimento, Roberta Fernandes Lopes do; Bandeira, Denise Ruschel. Avaliação do transtorno de déficit de atenção / hiperatividade em adultos (TDAH): uma revisão de literatura / Assessment of the attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults: a literature revision. Aval. psicol; 4(1):65-74, jun. 2005.	Idioma, fuera del rango de edad del estudio.
19	Tonelotto, Josiane Maria de Freitas; Tonelotto, Bruno Francisco de Freitas. Transtorno do déficit de atenção / attention deficit disorder. Rev. Ciencias medicas; 13(3):267-272, jul.-set. 2004.	No corresponde a una revisión sistemática, idioma.
20	Janin, Beatriz. El ADHD y los diagnósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones / ADHD and the diagnoses in the childhood: the complexity of the determinations. Cuestiones infanc; 11: 15-35, 2007.	No corresponde a una revisión sistemática.
21	Roizblatt, A; Bustamante, F; Bacigalupo, F. Trastorno por déficit atencional con hiperactividad en adultos / Attention deficit hyperactivity disorder in adults. Rev. med. Chile; 131(10):1195-1201, oct. 2003.	Fuera del rango de edad.
22	Weissman Z, Michowitz S, Shuper A, Kornreich L, Amir J. Dysembryoplastic neuroepithelial tumor: a curable cause of seizures. Pediatr Hematol Oncol. 1996 Sep-Oct; 13(5):463-8. Review.	Se trata de serie de casos, y no está relacionado con el tema en estudio.
23	DelBello MP, Adler CM, Strakowski SM. The neurophysiology of childhood and adolescent bipolar disorder. CNS Spectr. 2006 Apr; 11(4):298-311. Review.	No trata el tema en estudio.
24	Fassbender C, Schweitzer JB. Is there evidence for neural compensation in attention deficit hyperactivity disorder? A review of the functional neuroimaging literature. Clin Psychol Rev. 2006 Aug; 26(4): 445-65. Epub 2006 Feb 24. Rev	No evalúa RMN como herramienta de diagnóstico.

25	Stevens MC. Functional neuroimaging in child and adolescent psychiatry. <i>Conn Med.</i> 2005 Oct; 69(9):561-70. Review. No abstract available.	Abstract no disponible.
26	Antshel KM, Kates WR, Roizen N, Fremont W, Shprintzen RJ. 22q11.2 deletion syndrome: genetics, neuroanatomy and cognitive/behavioral features keywords. <i>Child Neuropsychol.</i> 2005 Feb; 11(1):5-19. Review.	No se refiere al tema en estudio.
27	Roessner V, Banaschewski T, Uebel H, Becker A, Rothenberger A. Neuronal network models of ADHD -- lateralization with respect to interhemispheric connectivity reconsidered. <i>Eur Child Adolesc Psychiatry.</i> 2004; 13 Suppl 1:171-9. Review.	No se refiere al tema en estudio.
28	Seidman LJ, Valera EM, Bush G. Brain function and structure in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. <i>Psychiatr Clin North Am.</i> 2004 Jun; 27(2): 323-47. Review.	Fuera del rango de edad en estudio.
29	Dunn DW, Kronenberger WG. Attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. <i>Neurol Clin.</i> 2003 Nov; 21(4): 933-40. Review.	No da respuesta a tema de diagnóstico.
30	Kennedy DN, Haselgrove C, McInerney S. MRI-based morphometric of typical and atypical brain development. <i>Ment Retard Dev Disabil Res Rev.</i> 2003; 9(3): 155-60. Review.	No trata el tema en estudio.
31	Bridge Denckla M. ADHD: topic update. <i>Brain Dev.</i> 2003 Sep; 25(6): 383-9. Review. No abstract available.	Abstract no disponible.
32	Spencer TJ, Biederman J, Wilens TE, Faraone SV. Overview and neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. <i>J Clin Psychiatry.</i> 2002; 63 Suppl 12: 3-9. Review.	Se refiere a etiología, no a diagnóstico.
33	Connor DF. Preschool attention deficit hyperactivity disorder: a review of prevalence, diagnosis, neurobiology, and stimulant treatment. <i>J Dev Behav Pediatr.</i> 2002 Feb; 23(1 Suppl): S1-9. Review.	Revisión dirigida a aspectos de tratamiento.
34	Frank Y, Pavlakis SG. Brain imaging in neurobehavioral disorders. <i>Pediatr Neurol.</i> 2001 Oct; 25(4): 278-87. Review.	Revisión dirigida a aspectos anatómicos, no a utilidad diagnóstica.
35	Rapoport JL, Castellanos FX, Gogate N, Janson K, Kohler S, Nelson P. Imaging normal and abnormal brain development: new perspectives for child psychiatry. <i>Aust N Z J Psychiatry.</i> 2001 Jun; 35(3): 272-81. Review.	No evalúa la utilidad diagnóstica de las técnicas de

		imagen.
36	Zuddas A, Ancilletta B, Muglia P, Cianchetti C. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a neuropsychiatric disorder with childhood onset. Eur J Paediatr Neurol. 2000;4(2):53-62. Review.	No evalúa test de diagnóstico.
37	Souza, Eneida Maria Leone; Ingberman, Yara Kuperstein. Transtorno de déficit de atención e hiperatividade: características, diagnóstico e formas de tratamento / Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): characteristics, diagnosis and treatment. InteracAo (Curitiba);4: 23-37, jan.-dez. 2000.	No corresponde a una revisión sistemática.
38	Boonstra AM, Oosterlaan J, Sergeant JA, Buitelaar JK. Executive functioning in adult ADHD: a meta-analytic review. Psychol Med. 2005 Aug; 35(8):1097-108.	Fuera del rango de edad en estudio.
39	Culpepper L. Primary care treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. J Clin Psychiatry. 2006; 67 Suppl 8: 51-8. Review.	Revisión dirigida a aspectos del tratamiento.
40	Leslie LK. The role of primary care physicians in attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatr Ann. 2002 Aug; 31(8):475-84.	No corresponde a una revisión sistemática.

#### PREGUNTAS DE TRATAMIENTO:

#	Referencia	Causal
1	Jin C, Schachar R. Methylphenidate treatment of attention-deficient disorder secondary to traumatic brain injury: a critical appraisal of treatment studies. CNS Spectrums, 9(3): 217-26, 2004.	No full text.
2	Wilens, T.E., Monuteaux, M.C., Snyder, L., Moore, H., & Gignac, M. (2005). The Clinical Dilemma of Using Medications in Substance Abusing Adolescents and Adults with ADHD: What Does the Literature Tell Us? Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 15, 787-798.	No full text.
3	Cohen-ZionM, Ancoli-IsraelS, . Sleep in children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): a review of naturalistic and stimulant intervention studies. Sleep Medicine Reviews 2004;8(5) :379-402.	No relacionado al tema.

4	Riccio C A, French C L .The status of empirical support for treatments of attention deficits. Clinical Neuropsychologist. 2004. VOL: 18(4).PAG: 528-558.	No relacionado al tema
5	Gilmore A, Milne R Methylphenidate in children with hyperactivity: review and cost-utility analysis. Pharmacoepidemiology and drug safety.2001. VOL 10.2.PAG 85-94	No relacionado al tema
6	Smith B H, Waschbusch D A, Willoughby M T, Evans S.The efficacy, safety, and practicality of treatments for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Clinical Child and Family Psychology Review	No full text.
7	Klassen A, Miller A, Raina P, Lee S K, Olsen L. Attention-deficit hyperactivity disorder in children and youth: a quantitative systematic review of the efficacy of different management strategies. Canadian Journal of Psychiatry. 1999. VOL: 44(10). PAG: 1007-1016	No full text. Abstract
8	Higgins E S.A comparative analysis of antidepressants and stimulants for the treatment of adults with attention-deficit hyperactivity disorder. Journal of Family Practice.1999. VOL: 48(1). PAG: 15-20	No full text.
9	Garces K. Atomoxetine for attention deficit/hyperactivity disorder. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA). Issues in Emerging Health Technologies Issue 46. Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA). 2003. PAG: 4. Review.	Duplicado en otro informe.
10	National Horizon Scanning Centre. Atomoxetine for ADHD - horizon scanning review. Birmingham: National Horizon Scanning Centre (NHSC). New and Emerging Technology Briefing. National Horizon Scanning Centre (NHSC). 2001. PAG: 4	Duplicado en otro informe.
11	National Institute for Clinical Excellence. Methylphenidate (Ritalin, Equasym) for attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in childhood. London: National Institute for Clinical Excellence (NICE). Technology Appraisal Guidance - No.13. National Institute for Clinical Excellence (NICE). 2000. PAG: 13	Duplicado.
12	Gilmore A, Best L, Milne R. Methylphenidate in children with hyperactivity. Southampton: Wessex Institute for Health Research and Development (WIHRD). DEC Report No. 78. Wessex Institute for Health Research and Development (WIHRD). 1998	No relacionado es un reporte.
13	Ipser J, Stein D J Systematic review of pharmacotherapy of disruptive behavior disorders in children and adolescents 2007. 191(1) PAG 127-140. Psychopharmacology	No relacionado al tema.
14	Pietrzak R H, Mollica C M, Maruff P, Snyder P J. Cognitive effects of immediate-release methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Neuroscience and	No full text.

	Biobehavioral Reviews. 2006. VOL: 30(8). PAG: 1225-1245	
15	McGoey K E, Eckert T L, DuPaul G J. Early intervention for preschool-age children with ADHD: a literature review. Journal of Emotional and Behavioral Disorders. 2002 . VOL: 10(1) . PAG: 14-28.	No full text.
16	Purdie N, Hattie J, Carroll A. A review of the research on interventions for attention deficit hyperactivity disorder: what works best. Review of Educational Research. 2002. VOL: 72(1). PAG: 61-99	No full text. Abstract
17	Jadad AR, Boyle M, Cunningham C, Kim M, Schachar R. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Evid Rep Technol Assess (Summ). 1999 Nov; (11):i-viii, 1-341	Duplicado En revisión sistemática.
18	Cheng J Y, Chen R Y, Ko J S, Ng E M Efficacy and safety of atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: meta-analysis and meta-regression analysis. Psychopharmacology. 2007 .VOL: 194(2).PAG: 197-209	No full text.
19	Reid R, Trout A L, Schartz M, . Self-regulation interventions for children with attention deficit/hyperactivity disorder. Exceptional Children 2005; 71(4) : 361-377	No relacionado al tema.
20	Connor D F, Fletcher K E, Swanson J M . meta-analysis of clonidine for symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1999.VOL: 38(12).PAG: 1551-1559.	No full text.
21	Faraone, S.V., Spencer, T., Aleardi, M., Pagano, C. y Biederman, J. (2004). Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder. <i>J. Clin. Psychopharmacology</i> , 24, 24-29.	No relacionado al tema.
22	Maidment ID Efficacy of stimulants in adult ADHD. The Annals of pharmacotherapy. 2003. VOL 37.12.1184-90.	No relacionado al tema.
23	Maidment ID The use of antidepressants to treat attention deficit hyperactivity disorder in adults. Journal of psychopharmacology (Oxford, England). 2003. VOL 17.3. PAG 332-6	No relacionado al tema.
24	Connor DF, Glatt SJ, Lopez ID, Jackson D, Melloni RH. Psychopharmacology and aggression. I: A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in	No relacionado al tema.

	ADHD. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2002. VOL 41. 3.PAG 253-61.	
25	Farmer EM, Compton SN, Bums BJ, Robertson E Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: externalizing disorders. Journal of consulting and clinical psychology. 2002. VOL 70.6. PAG 1267-302.	No relacionado al tema.
26	Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ, Prince J Pharmacotherapy of adult attention deficit/hyperactivity disorder: a review. Journal of clinical psychopharmacology.1995. VOL 15.4.270-9.	No relacionado al tema.
27	Silva RR, Munoz DM, Alpert M Carbamazepine use in children and adolescents with features of attention-deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.1996. VOL 35. 3.PAG 352-8	No relacionado al tema.
28	Serra-Grabulosa JM, Sánchez-Turet M, Grau C, Escera C El potencial P300 en la valoración de los efectos secundarios de la dexclorfeniramina. Revista de neurologia.2002. Aug 16-31. VOL 35. 4 .PAG 306-10.	No relacionado al tema.
29	Carvalho FR, Lentini-Oliveira D, Machado MAC, Prado GF, Prado LBF, Saconato H. Aparatos bucales y aparatos ortopédicos funcionales para la apnea obstructiva del sueño en niños (Cochrane Review). In: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.	No relacionado al tema.
30	Hetrick S, Merry S, McKenzie J, Sindahl P, Proctor M. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para los trastornos depresivos en niños y adolescentes (Cochrane Review). In: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.	No relacionado al tema.
31	Faulkner G, Cohn T, Remington G. Intervenciones para reducir el aumento de peso en la esquizofrenia (Cochrane Review). In: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , Issue 4, 2007. Oxford: Update Software	No relacionado al tema.
32	O'Kearney RT, Anstey KJ, von Sanden C. Terapia conductual y cognitivo-conductual para el trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes (Cochrane Review). In: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , Issue 4, 2007. Oxford: Update Software	No relacionado al tema.
33	Young AH, Geddes JR, MacRitchie K, Rao SNK, Watson S, Vasudev A. Tiagabina para el tratamiento de episodios afectivos	No relacionado

	agudos del trastorno bipolar: eficacia y aceptabilidad (Cochrane Review). In: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.	al tema.
34	Polycarpou A, Papanikolaou P, Ioannidis JPA, Contopoulos-Ioannidis DG . Anticonvulsivantes para el síndrome de abstinencia alcohólica (Cochrane Review). In: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , Issue 4, 2007. Oxford: Update Software	No relacionado al tema.
35	Williams KW, Wray JJ, Wheeler DM . Secretina intravenosa para el trastorno del espectro autista (Cochrane Review). In: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.	No relacionado al tema.
36	Matharu L, Ashley PF . Sedación de niños ansiosos sometidos a tratamiento dental (Cochrane Review). In: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.	No relacionado al tema.
37	Montgomery P, Bjornstad G, Dennis J . Tratamientos conductuales basados en los medios de comunicación para los trastornos de conducta en los niños (Cochrane Review). In: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.	No relacionado al tema.
38	Sinha Y, Silove N, Wheeler D, Williams K . Entrenamiento en integración auditiva y otros tratamientos acústicos para trastornos del espectro autista (Cochrane Review). In: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , Issue 4, 2007. Oxford: Update Software	No relacionado al tema.
39	Hróbjartsson A, Gøtzsche PC . Intervenciones placebo para todas las afecciones clínicas (Cochrane Review). In: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.	No relacionado al tema.
40	Hassiotis A , Hall I . Intervenciones conductuales y cognitivo-conductuales para el comportamiento agresivo hacia el entorno en personas con dificultades de aprendizaje (Cochrane Review). In: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.	No relacionado al tema.
41	Diggle T, McConachie H R, Randle V R L . Intervención temprana mediada por los padres para niños pequeños con trastorno del espectro autista (Cochrane Review). In: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.	No relacionado al tema.
42	Kornman L, Chambers H, Nisbet D, Liebelt J . Cribaje (screening) previo al embarazo y prenatal del sitio frágil del cromosoma X (Cochrane Review). In: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.	No relacionado al tema.
43	Woolfenden SR, Williams K, Peat J . Intervenciones dirigidas a la familia y a los padres en niños y adolescentes con trastorno de conducta y delincuencia con edades entre 10 y 17 años	No relacionado al tema.

	(Cochrane Review). In: <i>La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, 2007</i> . Oxford: Update Software.	
44	Cody DJ, Grant AM . Colposuspensión retropública abierta para la incontinencia urinaria en mujeres (Cochrane Review). In: <i>La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, 2007</i> . Oxford: Update Software.	No relacionado al tema.
45	NHS Quality Improvement Scotland Methylphenidate, atomoxetine and dexamfetamine for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents (review) Glasgow: NHS Quality Improvement Scotland (NHS QIS). NHS Quality Improvement Scotland (NHS QIS) 2006.	No relacionado al tema.
46	Center for Medical Technology Assessment. AD/HD and related conditions in children and adolescents. Epidemiology, treatment and health effects in Sweden, Norway and Denmark, and the situation in the county of Ostergotland. Linkoping: Center for Medical Technology Assessment (CMT). Center for Medical Technology Assessment (CMT). 2003. Report	No relacionado al tema.
47	Einarson T R, Iskedjian M Novel antipsychotics for patients with attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) Technology Report Issue 17 Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) 2001 PAG: 36	No relacionado al tema.
48	Shukla V K, Otten N. Assessment of attention deficit/hyperactivity disorder therapy: a Canadian perspective. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment/Office Canadien de Coordination de l'Evaluation des Technologies de la Sante (CCOHTA). Technology Overview Issue 3. Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) . 1999. PAG: 11	Duplicado
49	National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA) Mailpoint 728, Boldrewood, University of Southampton, Southampton SO16 7PX, United Kingdom, Tel: +44 2380 595586, Fax: +44 2380 595639 Email: <a href="mailto:lk1@soton.ac.uk">lk1@soton.ac.uk</a> Cessation of attention deficit hyperactivity disorder drugs in young (CADDY) - Primary Research, ref 04/36/02 (project) National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA) This is a project being undertaken by a member of INAHTA. For further information please contact the agency using the contact details in Correspondence Address field. Adolescent; Attention-Deficit-Disorder-with-Hyperactivity/dt [drug-therapy]; Attention-Deficit-Disorder-with-Hyperactivity/px [psychology]; Child; Great-	No relacionado al tema.

	Britain; Patient-Compliance; Treatment-Outcome. 32006001313 17 November 2006	
50	Bjornstad G, Montgomery P. Terapia familiar para el trastorno por déficit de atención o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes (Cochrane Review). In: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.	No relacionado a la pregunta compara con placebo y no con MPH.
51	National Institute Mental Health Attention deficit/hyperactivity disorder. 1994. Office of Communications, National Institute of Mental Health (NIMH)	Revision no sistemática.
52	Hender K. Effectiveness of sensory integration therapy for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Clayton, Victoria: Centre for Clinical Effectiveness (CCE). Evidence Centre Critical Appraisal. Centre for Clinical Effectiveness (CCE). 2001. PAG: 7.	No relacionado al tema.

### 13.3 Estudios Primarios Seleccionados

#	Referencia
1	Ardoin SP, Martens BK. Testing the ability of children with attention deficit hyperactivity disorder to accurately report the effects of medication on their behavior. <i>J Appl Behav Anal</i> . 2000 Winter; 33(4): 593-610.
2	Biederman J, Heiligenstein JH Efficacy of atomoxetine versus placebo in school-age girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. <i>Pediatrics</i> . 2002 Dec; 110(6): e75.
3	Bussing R, Schuhmann E, Belin TR, Widawski M, Perwien AR. Diagnostic utility of two commonly used ADHD screening measures among special education students. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> . 1998 Jan; 37(1): 74-82.
4	Cox DJ, Humphrey JW, Merkel RL Controlled-release methylphenidate improves attention during on-road driving by adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. <i>J Am Board Fam Pract</i> . 2004 Jul-Aug; 17(4): 235-9

5	Cox DJ, Merkel RL, Moore Relative benefits of stimulant therapy with OROS methylphenidate -versus mixed amphetamine salts extended release in improving the driving performance of adolescent drivers with attention-deficit/hyperactivity disorder. <i>Pediatrics</i> . 2006 Sep; 118(3):e704-10.
6	Greenhill LL, Findling RL, A double-blind, placebo-controlled study of modified-release methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. <i>Pediatrics</i> . 2002 Mar; 109(3):E39.
7	Grizenko N, Bhat M, Schwartz Efficacy of methylphenidate in children with attention-deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: a randomized crossover trial. <i>J Psychiatry Neurosci</i> . 2006 Jan; 31(1):46-51.
8	Gruber R, Grizenko N, Schwartz Performance on the continuous performance test in children with ADHD is associated with sleep efficiency. <i>Sleep</i> . 2007 Aug 1; 30(8):1003-9.
9	Gulley V, Northup J, Hupp S Sequential evaluation of behavioral treatments and methylphenidate dosage for children with attention deficit hyperactivity disorder. <i>J Appl Behav Anal</i> . 2003 Fall; 36(3):375-8.
10	Kelsey DK, Sumner CR Once-daily atomoxetine treatment for children with attention-deficit/hyperactivity disorder, including an assessment of evening and morning behavior: a double-blind, placebo-controlled trial. <i>Pediatrics</i> . 2004 Jul; 114(1):e1-8.
11	Kent MA, Camfield CS, Camfield PR. Double-blind methylphenidate trials: practical, useful, and highly endorsed by families. <i>Arch Pediatr Adolesc Med</i> . 1999 Dec ; 153(12):1292-6.
12	Michelson D, Allen AJ, Once-daily atomoxetine treatment for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled study. <i>Am J Psychiatry</i> . 2002 Nov; 159(11):1896-901
13	Michelson D, Faries D, Wernicke J, Kelsey D, Kendrick K, Sallee FR, Spencer T Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled, dose-response study. <i>Pediatrics</i> . 2001 Nov; 108(5):E83.
14	Montiel-[A pilot study of methylphenidate and parent training in the treatment of children with attention-deficit hiperactivity disorder] <i>Rev</i>

	Neurol. 2002 Aug 1-15; 35(3):201-5.
15	MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity Pediatrics. 2004 Apr; 113(4):754-61 disorder.
16	Pelham WE, Gnagy EM A comparison of morning-only and morning/late afternoon Adderall to morning-only, twice-daily, and three times-daily methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics. 1999 Dec; 104(6):1300-11.
17	Pineda DA, Puerta IC, Aguirre DC, García-Barrera MA, Kamphaus RW. The role of neuropsychologic tests in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder. Pediatr Neurol. 2007 Jun; 36(6):373-81. PMID: 17560498 [PubMed - indexed for MEDLINE]
18	Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network. Randomized, controlled, crossover trial of methylphenidate in pervasive developmental disorders with hyperactivity. Arch Gen Psychiatry. 2005 Nov; 62(11):1266-74.
19	Scahill L, Chappell PB, Kim YS, Schultz RT, Katsovich L, Shepherd E, Arnsten AF, A placebo-controlled study of guanfacine in the treatment of children with tic disorders and attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry. 2001 Jul; 158(7):1067-74.
20	Scheffer RE, Kowatch RA, Carmody T, Rush AJ. Randomized, placebo-controlled trial of mixed amphetamine salts for symptoms of comorbid ADHD in pediatric bipolar disorder after mood stabilization with divalproex sodium. Am J Psychiatry. 2005 Jan; 162(1):58-64.
21	Spencer T, Biederman A double-blind comparison of desipramine and placebo in children and adolescents with chronic tic disorder and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry. 2002 Jul; 59(7):649-56.
22	Steele M, Weiss M, Swanson J A randomized, controlled effectiveness trial of OROS-methylphenidate compared to usual care with immediate-release methylphenidate in attention deficit-hyperactivity disorder. Can J Clin Pharmacol. 2006 Winter; 13(1):e50-62. Epub 2006 Jan 23.

23	Wilens TE, McBurnett K, Bukstein O, Multisite controlled study of OROS methylphenidate in the treatment of adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Pediatr Adolesc Med. 2006 Jan; 160(1):82-90. Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network.
24	Oie M, Rund BR. Neuropsychological deficits in adolescent-onset schizophrenia compared with attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry. 1999 Aug; 156(8):1216-22.

## PREGUNTAS DE DIAGNÓSTICO:

### Test de Conners

- 1 Bussing R, Schuhmann E, Belin TR, Widawski M, Perwien AR. Diagnostic utility of two commonly used ADHD screening measures among special education students. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1998 Jan; 37(1): 74-82.

### Electroencefalograma

Estudios primarios encontrados referentes al tema están incluidos en las revisiones sistemáticas seleccionadas.

### Tomografía Computada

Estudios primarios encontrados referentes al tema están incluidos en las revisiones sistemáticas seleccionadas.

### Imagen de Resonancia Magnética

No se encontraron estudios primarios con resultados cuantitativos relacionados al tema.

### Test de Inteligencia

- 2 Pineda DA, Puerta IC, Aguirre DC, García-Barrera MA, Kamphaus RW. The role of neuropsychologic tests in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder. Pediatr Neurol. 2007 Jun; 36(6):373-81.
- 3 Oie M, Rund BR. Neuropsychological deficits in adolescent-onset schizophrenia compared with attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry. 1999 Aug; 156(8):1216-22.

## Práctica Médica

No se encontraron estudios primarios relacionados al tema.

## PREGUNTAS DE TRATAMIENTO:

METILFENIDATO (MPH) VS PLACEBO.

Estudios Primarios

#	Referencia	Diseño
1	Gruber R, Grizenko N, Schwartz Performance on the continuous performance test in children with ADHD is associated with sleep efficiency. Sleep. 2007 Aug 1; 30(8):1003-9.	Estudios aleatorizados controlados.
2	Grizenko N, Bhat M, Schwartz Efficacy of methylphenidate in children with attention-deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: a randomized crossover trial. J Psychiatry Neurosci. 2006 Jan; 31(1):46-51.	Estudios aleatorizados controlados.
3	Kent MA, Camfield CS, Camfield PR. Double-blind methylphenidate trials: practical, useful, and highly endorsed by families. Arch Pediatr Adolesc Med. 1999 Dec ; 153(12):1292-6.	Estudios aleatorizados controlados.
4	Wilens TE, McBurnett K, Bukstein O, Multisite controlled study of OROS methylphenidate in the treatment of adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Pediatr Adolesc Med. 2006 Jan; 160(1):82-90.	Estudios aleatorizados controlados.
5	Cox DJ, Humphrey JW, Merkel RL Controlled-release methylphenidate improves attention during on-road driving by adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Board Fam Pract. 2004 Jul-Aug; 17(4):235-9	Estudios aleatorizados controlados.
6	MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics. 2004 Apr; 113(4):754-61	Estudios aleatorizados controlados.
7	Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network. Randomized, controlled, crossover trial of methylphenidate in pervasive developmental disorders with hyperactivity. Arch Gen Psychiatry. 2005 Nov; 62(11):1266-74.	Estudios aleatorizados controlados.

8	Greenhill LL, Findling RL, A double-blind, placebo-controlled study of modified-release methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics. 2002 Mar; 109(3):E39	Estudios aleatorizados controlados.
---	---	-------------------------------------

METILFENIDATO DE LARGA ACCIÓN VS METILFENIDATO DE CORTA ACCIÓN.

Estudios primarios

#	Referencia	Diseño
1	Steele M, Weiss M, Swanson J A randomized, controlled effectiveness trial of OROS-methylphenidate compared to usual care with immediate-release methylphenidate in attention deficit-hyperactivity disorder. Can J Clin Pharmacol. 2006 Winter; 13(1):e50-62. Epub 2006 Jan 23.	Estudios aleatorizados controlados.
2	Wolraich ML, Greenhill LL, Pelham W, Swanson J, Wilens T, Randomized, controlled trial of oros methylphenidate once a day in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics. 2001 Oct; 108(4):883-92.	Estudios aleatorizados controlados.

MPH INDICADO POR MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA VS MPH INDICADO POR MÉDICOS PSIQUIATRAS.

No se obtuvo estudios primarios.

ATOMOXETINA (ATX) VS PLACEBO.

Estudios primarios

#	Referencia	Diseño
1	kelsey DK, Sumner CR Once-daily atomoxetine treatment for children with attention-deficit/hyperactivity disorder, including an assessment of evening and morning behavior: a double-blind, placebo-controlled trial. Pediatrics. 2004 Jul; 114(1):e1-8.	Estudios aleatorizados controlados.
2	Bierderman J, Heiligenstein JH Efficacy of atomoxetine versus placebo in school-age girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics. 2002 Dec; 110(6):e75.	Estudios aleatorizados controlados.

3	Michelson D, Allen AJ, Once-daily atomoxetine treatment for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled study. Am J Psychiatry. 2002 Nov; 159(11): 1896-901	Estudios aleatorizados controlados.
4	Michelson D, Faries D, Wernicke J, Kelsey D, Kendrick K, Sallee FR, Spencer T Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled, dose-response study. Pediatrics. 2001 Nov; 108(5): E83.	Estudios aleatorizados controlados.

ATOMOXETINA VS METILFENIDATO.

No hay reportes de estudios primarios.

ANFETAMINA (DEX) VS METILFENIDATO.

Estudios Primarios

#	Referencia	Diseño
1	Cox DJ, Merkel RL, Moore Relative benefits of stimulant therapy with OROS methylphenidate -versus mixed amphetamine salts extended release in improving the driving performance of adolescent drivers with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics. 2006 Sep; 118(3): e704-10.	Estudios aleatorizados controlados.
2	Ardoin SP, Martens BK. Testing the ability of children with attention deficit hyperactivity disorder to accurately report the effects of medication on their behavior. J Appl Behav Anal. 2000 Winter; 33(4): 593-610.	Estudios aleatorizados controlados.
3	Pelham WE, Gnagy EM A comparison of morning-only and morning/late afternoon Adderall to morning-only, twice-daily, and three times-daily methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics. 1999 Dec; 104(6): 1300-11.	Estudios aleatorizados controlados.

ANTIDEPRESIVO VS METILFENIDATO.

No hay reportes de estudios primarios.

ALFA AGONISTAS VS METILFENIDATO.

No hay reportes de estudios primarios.

METILFENIDATO MÁS PSICOTERAPIA INDIVIDUAL VS METILFENIDATO SOLO.

Estudios primarios

#	Referencia	Diseño
1	MTA Cooperative Group.National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity Pediatrics. 2004 Apr; 113(4): 754-61 disorder.	Estudios aleatorizados controlados.

METILFENIDATO MÁS PSICOTERAPIA GRUPAL VS METILFENIDATO SOLO.

No hay reportes de estudios primarios.

METILFENIDATO MÁS INTERVENCIONES PSICOSOCIALES VS METILFENIDATO SOLO.

Estudios primarios:

#	Referencia	Diseño
1	MTA Cooperative Group.National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity Pediatrics. 2004 Apr; 113(4): 754-61 disorder.	Estudios aleatorizados controlados.
2	Gulley V, Northup J, Hupp S Sequential evaluation of behavioral treatments and methylphenidate dosage for children with attention deficit hyperactivity disorder. J Appl Behav Anal. 2003 Fall; 36(3): 375-8.	Estudios aleatorizados controlados.

METILFENIDATO MÁS INTERVENCIONES DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y PSICOSOCIALES VS METILFENIDATO SOLO.

No hay reportes estudios primarios.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES VS METILFENIDATO.

Estudios Primarios

#	Referencia	Diseño
1	MTA Cooperative Group.National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity Pediatrics. 2004 Apr; 113(4):754-61 disorder.	Estudios aleatorizados controlados.

METILFENIDATO MÁS TERAPIA FAMILIAR VS METILFENIDATO.

Estudios Primarios

#	Referencia	Diseño
1	MTA Cooperative Group.National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity Pediatrics. 2004 Apr; 113(4):754-61 disorder.	Estudios aleatorizados controlados.

METILFENIDATO MÁS INTERVENCIÓN FAMILIAR VS METILFENIDATO.

Estudios Primarios

#	Referencia	Diseño
1	MTA Cooperative Group.National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity Pediatrics. 2004 Apr; 113(4):754-61 disorder.	Estudios aleatorizados controlados.
2	Montiel-[A pilot study of methylphenidate and parent training in the treatment of children with attention-deficit hiperactivity disorder] Rev Neurol. 2002 Aug 1-15; 35(3):201-5.	Estudios aleatorizados controlados.

INTERVENCIONES PREVENTIVAS EN AMBIENTE FAMILIAR Y JARDÍN INFANTIL EN MENORES DE 6 AÑOS VS NINGÚN TIPO DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA.

No hay reportes de estudios para esta pregunta.

TRATAMIENTO INTEGRAL POR MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y PSIQUIATRA O NEURÓLOGO EN NIÑOS O NIÑAS CON CO MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA-NEUROLÓGICA.

Estudios Primarios

#	Referencia	Diseño
1	Scheffer RE, Kowatch RA, Carmody T, Rush AJ. Randomized, placebo-controlled trial of mixed amphetamine salts for symptoms of comorbid ADHD in pediatric bipolar disorder after mood stabilization with divalproex sodium. Am J Psychiatry. 2005 Jan; 162(1): 58-64.	Estudios aleatorizados controlados.
2	Spencer T, Biederman A double-blind comparison of desipramine and placebo in children and adolescents with chronic tic disorder and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry. 2002 Jul; 59(7): 649-56.	Estudios aleatorizados controlados.
3	Scahill L, Chappell PB, Kim YS, Schultz RT, Katsoyich L, Shepherd E, Arnsten AF, A placebo-controlled study of guanfacine in the treatment of children with tic disorders and attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry. 2001 Jul; 158(7): 1067-74.	Estudios aleatorizados controlados.

TRATAMIENTO INTEGRAL POR MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y PSIQUIATRA O NEURÓLOGO PARA EL TRASTORNO HIPERQUINÉTICO/TRASTORNO DE ATENCIÓN LEVE, MODERADO O SEVERO.

No hay reportes de revisiones sistemáticas.

Estudios primarios

#	Referencia	Diseño
1	Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network. Randomized, controlled, crossover trial of methylphenidate in pervasive developmental disorders with hyperactivity. Arch Gen Psychiatry. 2005 Nov; 62(11): 1266-74.	Estudios aleatorizados controlados.

## INTERVENCIONES DIFERENCIADAS ENTRE NIÑOS VS NIÑAS

No hay reportes de estudios primarios.

### 13.4 Estudios Primarios Excluidos

#	Referencia	Causal de Exclusión
1	Tripp G, Schaughency EA, Clarke B. Parent and teacher rating scales in the evaluation of attention-deficit hyperactivity disorder: contribution to diagnosis and differential diagnosis in clinically referred children. J Dev Behav Pediatr. 2006 Jun; 27(3):209-18.	No disponible full text.
2	Schatz AM, Ballantyne AO, Trauner DA. Sensitivity and specificity of a computerized test of attention in the diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Assessment. 2001 Dec; 8(4): 357-65.	No disponible full text.
3	Klee SH, Garfinkel BD. The computerized continuous performance task: a new measure of inattention. J Abnorm Child Psychol. 1983 Dec; 11(4): 487-95.	No disponible full text.
4	Epstein JN, Erkanli A, Conners CK, Klaric J, Costello JE, Angold A. Relations between Continuous Performance Test performance measures and ADHD behaviors. J Abnorm Child Psychol. 2003 Oct; 31(5):543-54. PMID: 14561061	No disponible full text.
5	Barbosa, Genário Alves; Dias, Mordônio Rique; Gaião, Adriana de Andrade. Validación factorial de los índices de hiperactividad del cuestionario de Conners en escolares de João Pessoa - Brasil / Validation factorial of the hyperactivity scale of the Conners questionnaire in child school of João Pessoa – Brazil. Infanto rev. neuropsiquiatr. infanc. adolesc; 5(3): 118-25, dez. 1997. tab.	No disponible full text.
6	Solís Cámara Resendiz, Pedro; Solís Cámara Valencia, Pedro. Estimación del grado de actividad de los escolares según los padres y maestras, y su relación con la impulsividad cognoscitiva / Evaluation of the activity degree and its relation with cognoscitive impolsity of schoola children accodring to theis teachers and parents. Salud ment; 11(3): 30-9, sept. 1988. Tab	No disponible full text.

7	Coolidge FL, Starkey MT, Cahill BS. Comparison of a parent-rated DSM-IV measure of attention-deficit/hyperactivity disorder and quantitative EEG parameters in an outpatient sample of children. <i>J Clin Neurophysiol.</i> 2007 Aug; 24(4):348-51.	No responde a la pregunta planteada.
8	Quintana H, Snyder SM, Purnell W, Aponte C, Sita J. Comparison of a standard psychiatric evaluation to rating scales and EEG in the differential diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. <i>Psychiatry Res.</i> 2007 Aug 30; 152(2-3):211-22. Epub 2007 Apr 23.	No disponible full text.
9	Swartwood JN, Swartwood MO, Lubar JF, Timmermann DL. EEG differences in ADHD-combined type during baseline and cognitive tasks. <i>Pediatr Neurol.</i> 2003 Mar; 28(3):199-204.	No responde a la pregunta planteada.
10	Madera-Carrillo H; González-Garrido AA; Gómez-Velázquez FR; Enríquez-de Rivera DZ. Análisis cuantitativo del electroencefalograma para confirmar trastorno funcional frontal en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Quantitative electroencephalogram analysis confirms the presence of frontal lobe deficit among attention deficit disorder with hyperactivity children. <i>Gac Med Mex;</i> 143(5):391-400, 2007 Sep-Oct.	No responde a la pregunta planteada.
11	Shaywitz BA, Shaywitz SE, Byrne T, Cohen DJ, Rothman S. Attention deficit disorder: quantitative analysis of CT. <i>Neurology.</i> 1983 Nov; 33(11):1500-3.	Incluido en revisión sistemática analizada.
12	Harcherik DF, Cohen DJ, Ort S, Paul R, Shaywitz BA, Volkmar FR, Rothman SL, Leckman JF. Computed tomographic brain scanning in four neuropsychiatric disorders of childhood. <i>Am J Psychiatry.</i> 1985 Jun; 142(6):731-4.	No disponible full text.
13	Gomes, Fernanda; Mattos, Paulo; Pastura, Giuseppe; Ayrão, Vanessa; Saboya, Eloísa. Executive functions in a non-clinical sample of children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). <i>J. bras. psiquiatr;</i> 54(3):178-181, jul.-set. 2005. tab.	No disponible full text.
14	Clarke SD, Kohn MR, Hermens DF, Rabbinge M, Clark CR, Gordon E, Williams LM. Distinguishing symptom profiles in adolescent ADHD using an objective cognitive test battery. <i>Int J Adolesc Med Health.</i> 2007 Jul-Sep; 19(3):355-67.	No disponible full text.
15	Fiorello CA, Hale JB, Holdnack JA, Kavanagh JA, Terrell J, Long L. Interpreting intelligence test results for children with disabilities: is global intelligence relevant? <i>Appl Neuropsychol.</i> 2007; 14(1):2-12; discussion 13-51.	No disponible full text.

16	Martel M, Nikolas M, Nigg JT. Executive function in adolescents with ADHD. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> . 2007 Nov; 46(11):1437-44.	No responde a la pregunta planteada.
17	Biederman J, Petty CR, Fried R, Doyle AE, Spencer T, Seidman LJ, Gross L, Poetzi K, Faraone SV. Stability of executive function deficits into young adult years: a prospective longitudinal follow-up study of grown up males with ADHD. <i>Acta Psychiatr Scand</i> . 2007 Aug; 116(2): 129-36.]	No disponible full text.
18	Berlin L, Bohlin G, Nyberg L, Janols LO. How well do measures of inhibition and other executive functions discriminate between children with ADHD and controls? <i>Child Neuropsychol</i> . 2004 Mar; 10(1):1-13.	No disponible full text.
19	Fernández-Jaén A, Calleja-Pérez B. [Pascual graphomotor test in children with attention deficit hyperactivity disorder, combined type] <i>Rev Neurol</i> . 2003 Apr 1-15; 36(7):689-91. Spanish.	No relacionado a pregunta planteada.
20	Hinshaw SP, Carte ET, Sami N, Treuting JJ, Zupan BA. Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: II. Neuropsychological performance in relation to subtypes and individual classification. <i>J Consult Clin Psychol</i> . 2002 Oct; 70(5):1099-111.	No disponible full text.
21	Nigg JT, Blaskey LG, Huang-Pollock CL, Rappley MD. Neuropsychological executive functions and DSM-IV ADHD subtypes. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> . 2002 Jan; 41(1):59-66.	Incluido en revision sistemática seleccionada.
22	Inoue K, Nadaoka T, Oiji A, Morioka Y, Totsuka S, Kanbayashi Y, Hukui T. Clinical evaluation of attention-deficit hyperactivity disorder by objective quantitative measures. <i>Child Psychiatry Hum Dev</i> . 1998 Spring; 28(3):179-88.	No disponible full text.
23	García-Jiménez MC, López-Pisón J, Blasco-Arellano MM. [The primary care paediatrician in attention deficit hyperactivity disorder. An approach involving a population study] <i>Rev Neurol</i> . 2005 Jul 16-31; 41(2):75-80. Spanish.	Estudio poblacional.
24	Miller AR, Johnston C, Klassen AF, Fine S, Papsdorf M. Family physicians' involvement and self-reported comfort and skill in care of children with behavioral and emotional problems: a population-based survey. <i>BMC Fam Pract</i> . 2005 Mar 11; 6(1):12.	No responde a pregunta planteada.
25	Rushton JL, Fant KE, Clark SJ. Use of practice guidelines in the primary care of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. <i>Pediatrics</i> . 2004 Jul; 114(1):e23-8.	No disponible full text.
26	Vlam SL. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnostic assessment methods used by advanced practice registered	No disponible full

	nurses. <i>Pediatr Nurs.</i> 2006 Jan-Feb; 32(1): 18-24.	text.
27	Chan E, Hopkins MR, Perrin JM, Herrerias C, Homer CJ. Diagnostic practices for attention deficit hyperactivity disorder: a national survey of primary care physicians. <i>Ambul Pediatr.</i> 2005 Jul-Aug; 5(4): 201-8.	No disponible full text.
28	Honeycutt C, Sleath B, Bush PJ, Campbell W, Tudor G. Physician use of a participatory decision-making style with children with ADHD and their parents. <i>Patient Educ Couns.</i> 2005 Jun; 57(3): 327-32.	No disponible full text.
29	Taborda, Alejandra; Díaz, Daniel. Una revisión del diagnóstico de Déficit Atencional en la niñez / A revision of the diagnosis of Attention Deficit Disorder in the childhood. <i>Cuestiones infanc;</i> 11: 95-116, 2007.	Estudio descriptivo.
30	Pondé, Milena Pereira; Freire, Antonio Carlos Cruz. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in schoolchildren in the city of Salvador, Bahia, Brazil. <i>Arq. neuropsiquiatr;</i> 65(2A): 240-244, jun. 2007. tab.	Estudio de prevalencia.
31	Neves, Sergio Nolasco Hora Das; Reimão, Rubens. Sleep disturbances in 50 children with attention-deficit hyperactivity disorder. <i>Arq. neuropsiquiatr;</i> 65(2A): 228-233, jun. 2007. tab, graf.	No evalúa pruebas diagnósticas.
32	Gomes, Marcelo; Palmirini, André; Barbirato, Fabio; Rohde, Luis Augusto; Mattos, Paulo. Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil / Knowledge about attention-deficit hyperactivity disorder in Brazil. <i>J. bras. psiquiatr;</i> 56(2): 94-101, 2007. tab	No evalúa pruebas diagnósticas.
33	Pavuluri MN, Henry DB, Devineni B, Carbray JA, Birmaher B. Child mania rating scale: development, reliability, and validity. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.</i> 2006 May; 45(5): 550-60.	No corresponde al tema de pregunta planteado.
34	Kucklidge JJ, Tannock R. Validity of the Brown ADD scales: an investigation in a predominantly inattentive ADHD adolescent sample with and without reading disabilities. <i>J Atten Disord.</i> 2002 Jan; 5(3): 155-64.	No evalúa Test de Conners.
35	Jensen VK, Larrieu JA, Mack KK. Differential diagnosis between attention-deficit/hyperactivity disorder and pervasive developmental disorder--not otherwise specified. <i>Clin Pediatr (Phila).</i> 1997 Oct; 36(10): 555-61. Review.	No responde a pregunta planteada.
36	Martínez A., Juan Carlos; Gonzalez L., Claudia. Diagnóstico diferencial entre manía y déficit atencional hiperactivo / Differential diagnosis between bipolar disorder and attention deficit disorder with hyperactivity. <i>Rev. chil. pediatr;</i> 78(1): 13-19, feb. 2007. tab.	No responde a pregunta planteada.

37	Poblano, Adrián; Romero, Erika. ECI-4 screening of attention deficit-hyperactivity disorder and co-morbidity in Mexican preschool children: preliminary results / Tamizaje del trastorno por déficit de atención-hiperactividad y su comorbilidad en preescolares mexicanos por el ECI-4: resultados preliminares. Arq. neuropsiquiatr; 64(4): 932-936, dez. 2006. Tab.	Fuera del rango de edad en estudio.
38	Andrade, Enio Roberto de; Scheuer, Claudia. Análise da eficácia do metilfenidato Estados Unidos na versão abreviada do questionário de conners em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade / Analysis of the methylphenidate's efficacy using the abbreviated version Conners' questionnaire in attention deficit hyperactivity disorder. Arq. neuropsiquiatr; 62(1): 81-85, mar. 2004. tab.	Idioma, no responde a tema de pregunta planteada.
39	Valdivieso B., Alicia; Cornejo, Andrea; Sánchez, Matías. Tratamiento del síndrome de déficit atencional, SDA, en niños: evaluación de la moclobemida, una alternativa no psicoestimulante / Treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children: assessment of moclobemide a non-psichostimulant alternative. Rev. chil. neuro-psiquiatr; 38(1): 7-14, ene.-mar. 2000. tab.	No corresponde con evaluación de diagnóstico.
40	Dias, Mardonio Rique; Barbosa, Genário Alves; Gaião, Adriana de Andrade. Adaptação do Questionário Abreviado de Conners para Professores: uma avaliação psicométrica / An adaptation of Conners's Parent Rating Scale. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul; 19(3): 202-10, set.-dez. 1997. tab.	Idioma
41	Barbosa, Genário Alves. Transtornos hiperquinéticos: validação do questionário de Conners em escolares de João Pessoa / Hyperkinetic disorders: validation of Conners' scale among school children in João Pessoa (Brazil). J. bras. psiquiatr; 43(8): 445-53, ago. 1994.	Idioma
42	Brito, G. N. O. The conners' abbreviated teacher rating scale: a factor analysis study in Brazil. Braz. j. med. biol. res = Rev. bras. pesqui. m,d. biol; 20(5): 553-6, 1987. Tab.	Estudio no disponible.
43	Groom MJ, Bates AT, Jackson GM, Calton TG, Liddle PF, Hollis C. Event-related potentials in adolescents with schizophrenia and their siblings: a comparison with attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry. 2008 Apr 15; 63(8): 784-92. Epub 2007 Oct 30.	No responde a tema de pregunta planteada.

44	Magee CA, Clarke AR, Barry RJ, McCarthy R, Selikowitz M. Examining the diagnostic utility of EEG power measures in children with attention deficit/hyperactivity disorder. Clin Neurophysiol. 2005 May; 116(5):1033-40. Epub 2005 Jan 25.	No responde a pregunta planteada.
45	Merkel RL, Cox DJ, Kovatchev B, Morris J Jr, Seward R, Hill R, Reeve R. The EEG consistency index as a measure of ADHD and responsiveness to medication. Appl Psychophysiol Biofeedback. 2000 Sep; 25(3):133-42.	No da respuesta a pregunta planteada.
46	Monastra VJ, Lubar JF, Linden M, VanDeusen P, Green G, Wing W, Phillips A, Fenger TN. Assessing attention deficit hyperactivity disorder via quantitative electroencephalography: an initial validation study. Neuropsychology. 1999 Jul; 13(3):424-33.	Estudio incluido en revisión sistemática seleccionada.
47	Chabot RJ, Serfontein G. Quantitative electroencephalographic profiles of children with attention deficit disorder. Biol Psychiatry. 1996 Nov 15; 40(10):951-63.	Estudio incluido en revisión sistemática seleccionada
48	Chabot RJ, Merkin H, Wood LM, Davenport TL, Serfontein G. Sensitivity and specificity of QEEG in children with attention deficit or specific developmental learning disorders. Clin Electroencephalogr. 1996 Jan; 27(1):26-34.	Estudio incluido en revisión sistemática seleccionada.
49	Valdizán JR, Andreu AC. Test of repeated operations and logistic regression as to the efficacy of brain mapping. Clin Electroencephalogr. 1993 Apr; 24(2):89-92.	No responde a la pregunta planteada
50	Leary PM. The electro-encephalogram in childhood. S Afr Med J. 1978 Feb 11; 53(6):197-200.	No responde a la pregunta planteada.
51	Alvarez Amador, Alfredo. Análisis cuantitativo de la maduración del electroencefalograma en escolares entre 5 y 12 años de edad / Quantitative analysis of EEG maturity in to 5-12 year old. Presentada en Centro Nacional de Investigaciones Científicas (Cuba) para obtención del grado de Doctor. s.l; s.n; dic. 1986. 105 p. ilustraciones, Tab.	No está acorde con el tema de la pregunta.
52	Bergström K, Bille B. Computed tomography of the brain in children with minimal brain damage: a preliminary study of 46 children. Neuropadiatrie. 1978 Nov; 9(4):378-84.	No se refiere al tema en estudio.
53	Thompson JS, Ross RJ, Horwitz SJ. The role of computed axial tomography in the study of the child with minimal brain dysfunction. J Learn Disabil. 1980 Jun-Jul; 13(6):334-7. No abstract available.	No se refiere al tema en estudio.
54	Caparulo BK, Cohen DJ, Rothman SL, Young JG, Katz JD, Shaywitz SE, Shaywitz BA. Computed tomographic brain scanning in children with developmental neuropsychiatric	Abstract no disponible. El título

	disorders. J Am Acad Child Psychiatry. 1981 Spring; 20(2): 338-57.	sugiere que no se refiere al tema en estudio.
55	Golden GS. Neurobiological correlates of learning disabilities. Ann Neurol. 1982 Nov; 12(5): 409-18. No abstract available.	No disponible full text.
56	Elliott FA. Neurological findings in adult minimal brain dysfunction and the dyscontrol syndrome. J Nerv Ment Dis. 1982 Nov; 170(11): 680-7.	No trata el tema evaluado y está fuera del rango de edad del estudio.
57	Denckla MB, LeMay M, Chapman CA. Few CT scan abnormalities found even in neurologically impaired learning disabled children. J Learn Disabil. 1985 Mar; 18(3): 132-5. No abstract available.	Abstract no disponible.
58	Rowlandson PH, Stephens JA. Cutaneous reflex responses recorded in children with various neurological disorders. Dev Med Child Neurol. 1985 Aug; 27(4): 434-47.	No se refiere al tema en estudio.
59	Voeller KK. Right-hemisphere deficit syndrome in children. Am J Psychiatry. 1986 Aug; 143(8): 1004-9.	No se refiere al tema en estudio.
60	Bigler ED. Frontal lobe pathology and antisocial personality disorder. Arch Gen Psychiatry. 2001 Jun; 58(6): 609-11. No abstract available.	Abstract no disponible. El título no se refiere al tema en estudio.
61	Berry GT, Fukao T, Mitchell GA, Mazur A, Ciafre M, Gibson J, Kondo N, Palmieri MJ. Neonatal hypoglycaemia in severe succinyl-CoA: 3-oxoacid CoA-transferase deficiency. J Inherit Metab Dis. 2001 Oct; 24(5): 587-95.	No se refiere al tema en estudio.
62	Wang HS, Kuo MF. Sonographic lenticulostriate vasculopathy in infancy with tic and other neuropsychiatric disorders developed after 7 to 9 years of follow-up. Brain Dev. 2003 Dec; 25 Suppl 1: S43-7.	No se refiere al tema en estudio.
63	Hesdorffer DC, Ludvigsson P, Olafsson E, Gudmundsson G, Kjartansson O, Hauser WA. ADHD as a risk factor for incident unprovoked seizures and epilepsy in children. Arch Gen Psychiatry. 2004 Jul; 61(7): 731-6.	No se refiere al tema en estudio.
64	Ahsgren I, Baldwin I, Goetzinger-Falk C, Erikson A, Flodmark O, Gillberg C. Ataxia, autism, and the cerebellum: a clinical study of 32 individuals with congenital ataxia. Dev Med Child Neurol. 2005 Mar; 47(3): 193-8.	No se refiere al tema en estudio.

65	Gorodscy, Regina Célia. A criança hiperativa e seu corpo: um estudo compreensivo da hiperatividade em crianças / The hyperactive child and his body: a comprehensive study of hyperactivity in children. s.l; s.n; 1990. 166 p. ilustr.	Idioma
66	Coutinho, Gabriel; Mattos, Paulo; Araújo, Catia; Duchesne, Monica. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: contribuição diagnóstica de avaliação computadorizada de atenção visual / Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnostic contribution of a computerized assessment of visual attention. Rev. psiquiatr. clin. (Sao Paulo);34(5):215-222, 2007. tab.	Idioma
67	Coutinho, Gabriel; Mattos, Paulo; Araújo, Catia. Desempenho neuropsicológico de tipos de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em tarefas de atenção visual / Neuropsychological performance of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) subtypes in visual attention tasks. J. bras. psiquiatr;56(1):13-16, 2007. tab.	Idioma
68	Silva, Maria Aparecida da; Louzã, Mário R; Vallada, Homero P. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults: social-demographic profile from a university hospital ADHD outpatient unit in São Paulo, Brazil / Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) no adulto: perfil sócio-demográfico de pacientes com TDAH atendidos em ambulatório de um hospital universitário de São Paulo, Brasil. Arq. neuropsiquiatr;64(3a):563-567, set. 2006. tab.	Estudio descriptivo, fuera del rango de edad.
69	Méndez Ramírez, Rosario; Flores Rodríguez, Teodoro; Flores Avalos, Blanca; Solís Chávez, Armando; Elías Cuadros, Yolanda. Hallazgos electrofisiológicos mediante mapeo cerebral en niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Arch. neurociencias;5(2):60-64, abr.-jun. 2000. graf	No da respuesta a pregunta planteada.
70	Hutchinson, G. Making a diagnosis of adult attention deficit hyperactivity disorder. West Indian med. j;51(3):174-175, Sept. 2002.	Estudio descriptivo, fuera del rango de edad.
71	Szobot, Claudia M; Eizirik, Mariana; Cunha, Renato D. da; Langleben, Daniel; Rohde, Luis Augusto. Neuroimagem no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade Rev. bras. psiquiatr;23(supl.1):S132-S135, maio 2001	Idioma
72	Van Hoecke E, Baeyens D, Vanden Bossche H, Hoebeke P, Vande Walle J. Early detection of psychological problems in a population of children with enuresis: construction and validation of the Short Screening Instrument for	No se refiere al tema en estudio.

	Psychological Problems in Enuresis. J Urol. 2007 Dec; 178(6):2611-5. Epub 2007 Oct 22.	
73	Beebe DW. Neurobehavioral morbidity associated with disordered breathing during sleep in children: a comprehensive review. Sleep. 2006 Sep 1;29(9):1115-34. Review.	No se refiere al tema en estudio.
74	Nash K, Rovet J, Greenbaum R, Fantus E, Nulman I, Koren G. Identifying the behavioural phenotype in Fetal Alcohol Spectrum Disorder: sensitivity, specificity and screening potential. Arch Womens Ment Health. 2006 Jul;9(4):181-6. Epub 2006 May 3.	No se refiere al tema en estudio.
75	Dowson J, Bazanis E, Rogers R, Prevost A, Taylor P, Meux C, Staley C, Nevison-Andrews D, Taylor C, Robbins T, Sahakian B. Impulsivity in patients with borderline personality disorder. Compr Psychiatry. 2004 Jan-Feb;45(1):29-36.	No se refiere al tema en estudio.
76	Asarnow RF, Nuechterlein KH, Subotnik KL, Fogelson DL, Torquato RD, Payne DL, Asamen J, Mintz J, Guthrie D. Neurocognitive impairments in nonpsychotic parents of children with schizophrenia and attention-deficit/hyperactivity disorder: the University of California, Los Angeles Family Study. Arch Gen Psychiatry. 2002 Nov;59(11):1053-60.	No responde a la pregunta planteada.
77	Erlenmeyer-Kimling L, Rock D, Roberts SA, Janal M, Kestenbaum C, Cornblatt B, Adamo UH, Gottesman II. Attention, memory, and motor skills as childhood predictors of schizophrenia-related psychoses: the New York High-Risk Project. Am J Psychiatry. 2000 Sep;157(9):1416-22.	No trata el tema en estudio.
78	Kovner R, Budman C, Frank Y, Sison C, Lesser M, Halperin J. Neuropsychological testing in adult attention deficit hyperactivity disorder: a pilot study. Int J Neurosci. 1998 Dec;96(3-4):225-35.	Fuera del rango de edad del estudio.
79	Rund BR, Oie M, Sundet K. Backward-masking deficit in adolescents with schizophrenic disorders or attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry. 1996 Sep;153(9):1154-7.	No responde a pregunta planteada.
80	Goorhuis-Brouwer SM, Wijnberg-Williams BJ. Specificity of specific language impairment. Folia Phoniatr Logop. 1996;48(6):269-74.	No trata el tema en estudio.
81	Mulhern S, Dworkin PH, Bernstein B. Do parental concerns predict a diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder? J Dev Behav Pediatr. 1994 Oct;15(5):348-52.	No evalúa test de diagnóstico.
82	Szatmari P, Offord DR, Siegel LS, Finlayson MA, Tuff L. The clinical significance of neurocognitive impairments among	No se refiere al

	children with psychiatric disorders: diagnosis and situational specificity. J Child Psychol Psychiatry. 1990 Jan; 31(2):287-99.	tema en estudio.
83	Szatmari P. Some methodologic criteria for studies in developmental neuropsychiatry. Psychiatr Dev. 1985 Summer; 3(2): 153-70.	No se refiere al tema en estudio.
84	Klasen H, Goodman R. Parents and GPs at cross-purposes over hyperactivity: a qualitative study of possible barriers to treatment. Br J Gen Pract. 2000 Mar; 50(452):199-202.	Estudio cualitativo.
85	Niebuhr VN, Smith LR. The school nurse's role in attention deficit hyperactivity disorder. J Sch Health. 1993 Feb; 63(2): 112-5. No abstract available.	Abstract no disponible.
86	Wolraich ML, Lindgren S, Stromquist A, Milich R, Davis C, Watson D. Stimulant medication use by primary care physicians in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. Pediatrics. 1990 Jul; 86(1): 95-101.	No se refiere a estudio de diagnóstico.
87	Black JL. Adolescents with learning problems. Prim Care. 1987 Mar; 14(1):203-23.	No se refiere al tema en estudio.
88	Bennett FC, Sherman R. Management of childhood "hyperactivity" by primary care physicians. J Dev Behav Pediatr. 1983 Jun; 4(2): 88-93.	No se refiere a estudio de diagnóstico.

### PREGUNTAS DE TRATAMIENTO:

#	Referencia	Causal
1	Grizenko N, Shayan YR, Polotskaia A Relation of maternal stress during pregnancy to symptom severity and response to treatment in children with ADHD. J Psychiatry Neurosci. 2008 Jan; 33(1): 10-6.	No relacionado al tema y/o metodología.
2	Gilbert DL, Wang Z, Sallee FR Dopamine transporter genotype influences the physiological response to medication in ADHD. Brain. 2006 Aug; 129(Pt 8): 2038-46. Epub 2006 Jun 7.	No relacionado al tema y/o metodología.
3	Stein MA, Waldman ID, Sarampote CS Dopamine transporter genotype and methylphenidate dose response in children with ADHD. Neuropsychopharmacology. 2005 Jul; 30(7): 1374-82.	No relacionado al tema y/o metodología.

4	Nikles CJ, Clavarino AM, Del Mar CB. Using n-of-1 trials as a clinical tool to improve prescribing. Br J Gen Pract. 2005 Mar;55(512):175-80.	No relacionado al tema y/o metodología.
6	Shafritz KM, Marchione KE The effects of methylphenidate on neural systems of attention in attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry. 2004 Nov;161(11):1990-7.	No relacionado al tema y/o metodología.
7	Akhondzadeh S, Mohammadi MR, Khademi M. Zinc sulfate as an adjunct to methylphenidate for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children: a double blind and randomized trial BMC Psychiatry. 2004 Apr 8;4:9.	No relacionado al tema y/o metodología.
8	Nikles CJ, Mitchell GK An n-of-1 trial service in clinical practice: testing the effectiveness of stimulants for attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics. 2006 Jun;117(6):2040-6.	No relacionado al tema y/o metodología.
9	Neef NA, Bicard DF Evaluation of pharmacological treatment of impulsivity in children with attention deficit hyperactivity disorder. J Appl Behav Anal. 2005 Summer;38(2):135-46.	No relacionado al tema y/o metodología.
10	Sonuga-Barke EJ, Swanson JM Efficacy of two once-daily methylphenidate formulations compared across dose levels at different times of the day: preliminary indications from a secondary analysis of the COMACS study data. BMC Psychiatry. 2004 Sep 30;4:28.	No relacionado al tema y/o metodología.
11	Swanson JM, Wigal SB, Wigal T A comparison of once-daily extended-release methylphenidate formulations in children with attention-deficit/hyperactivity disorder in the laboratory school (the Comacs Study). Pediatrics. 2004 Mar;113(3 Pt 1):e206-16.	No relacionado al tema y/o metodología.
12	Swanson J, Gupta S, Lam A, Shoulson Development of a new once-a-day formulation of methylphenidate for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: proof-of-concept and proof-of-product studies. Arch Gen Psychiatry. 2003 Feb;60(2):204-11.	No relacionado al tema y/o metodología.
13	Anderson CM, Polcari A, Lowen SB Effects of methylphenidate on functional magnetic resonance relaxometry of the cerebellar vermis in boys with ADHD. Am J Psychiatry. 2002 Aug;159(8):1322-8.	No relacionado al tema y/o metodología.

14	Schachter HM, Pham B, King J, Langford S, Moher D. How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis. CMAJ. 2001 Nov 27;165(11):1475-88	Duplicado
15	[No authors listed] Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: the Multimodal Treatment Study of children with Attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry. 1999 Dec;56(12):1088-96.	No relacionado al tema y/o metodología.
16	[No authors listed] A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. Arch Gen Psychiatry. 1999 Dec;56(12):1073-86.	No relacionado al Tema y/o metodología
17	Northup J, Fusilier Further analysis of the separate and interactive effects of methylphenidate and common classroom contingencies. J Appl Behav Anal. 1999 Spring;32(1):35-50.	No relacionado al tema y/o metodología.
18	Castellanos FX, Elia J, Kruesi MJ, Marsh WL, Gulotta CS, Potter WZ, Ritchie GF. Cerebrospinal fluid homovanillic acid predicts behavioral response to stimulants in 45 boys with attention deficit/hyperactivity disorder. Neuropsychopharmacology. 1996 Feb;14(2):125-37.	No relacionado al tema y/o metodología.
19	Stoner G, Carey SP, Ikeda MJ, Shinn MR. The utility of curriculum-based measurement for evaluating the effects of methylphenidate on academic performance. J Appl Behav Anal. 1994 Spring;27(1):101-13.	No relacionado al tema y/o metodología.
20	Cook JR, Mausbach T, A preliminary study of the relationship between central auditory processing disorder and attention deficit disorder. J Psychiatry Neurosci. 1993 May;18(3):130-7.	No relacionado al tema y/o metodología.
21	Newcorn JH, Michelson D, Kratochvil CJ, Allen AJ, Ruff DD, Moore RJ; Atomoxetine Low-dose atomoxetine for maintenance treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics. 2006 Dec;118(6):e1701-6. Epub 2006 Nov 13.	No relacionado al tema y/o metodología.
22	Castro Perdomo, Fernando; Carbonell Perdomo, Demetrio Síndrome de atención deficitaria con hiperactividad: valoración neuropsiquiátrica y respuesta al tratamiento con metilfenidato /	No relacionado al tema y/o metodología.

	Syndrome of attention deficit disorder with hyperactivity: neuropsychiatric assessment and treatment response to methylphenidate <u>Arch. med. Camaguey</u> ; 7(2), mar.-abr. 2003. tab.	
23	Pastura, Giuseppe; Mattos, Paulo. Efeitos colaterais do metilfenidato / Side effects of methylphenidate . <u>Rev. psiquiatr. clin. (SAo Paulo)</u> ; 31(2):100-104, 2004. tab.	No relacionado al tema y/o metodología.
24	Serra-Pinheiro, Maria Antonia; Mattos, Paulo; Souza, Isabella; Pastura, Giuseppe; Gomes, Fernanda. The effect of methylphenidate on oppositional defiant disorder comorbid with attention deficit/hyperactivity disorder <u>Arq. europsiquiatr</u> ; 62(2b):399-402, jun. 2004. tab	No relacionado al tema y/o metodología.
25	Andrade, Enio Roberto de; Scheuer, Claudia. Análise da eficácia do metilfenidato Estados Unidos na versão abreviada do questionário de conners em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade / Analysis of the methylphenidate's efficacy using the abbreviated version Conners' questionnaire in attention deficit hyperactivity disorder . <u>Arq. neuropsiquiatr</u> ; 62(1):81-85, mar. 2004. tab	No relacionado al tema y/o metodología.
26	Carlini, Elisaldo A; Nappo, Solange A; Nogueira, Vagner; Naylor, Fernando G. M. Metilfenidato: influencia da notificação da receita A (cor amarela) sobre a prática de prescrição por médicos brasileiros / Methylphenidate: influence of notification of prescriptions drug A (yellow collar) about practical of prescription by Brazilians physicians	No relacionado al tema y/o metodología.
27	Schochat, Eliane; Scheuer, Claudia Ines; Andrade, Ênio Roberto de. ABR and auditory P300 findings in children with ADHD. <u>Arq. neuropsiquiatr</u> ; 60(3B):742-747, Sept. 2002. Tab	No relacionado al tema y/o metodología.
28	Rohde, Luis Augusto. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade / Upheaval of attention pay attention/hyperkinesis. <u>Rev. bras. psiquiatr</u> ; 22(supl.2):S117-S1111, dez. 2000	No relacionado al tema y/o metodología.
29	Grau Martínez, Arturo. Déficit atencional: las 20 preguntas más frecuentes que debe responder el pediatra / Attentional deficit disorder: 20 frequent questions . <u>Pediatr. dia</u> ; 16(4):283-7, sept.-oct. 2000	No relacionado al tema y/o metodología.

30	Gutiérrez Moctezuma, Juvenal; Gutiérrez Cadena, Mónica. El niño con trastornos de déficit de atención e hiperactividad (segunda parte) / Attention deficit disorder and hyperactivity (part two) . <u>Rev. mex. pueric. ped;</u> 7(37):10-6, sept.-oct. 1999	No relacionado al tema y/o metodología.
31	Sateler, Javiera; Villouta, M. Francisca; Ilabaca, Andrés; Rojas, Pamela. Tratamiento farmacológico del déficit atencional infantil / Pharmacological treatment of attention-deficit disorder in children <u>Pediatr. dia;</u> 23(1):4-7, mar.-abr. 2007. tab	No relacionado al tema y/o metodología.
32	Cavadas, Marcia; Pereira, Liliame Desgualdo; Mattos, Paulo. Efeito do metilfenidato no processamento auditivo em crianças e adolescentes com transtorno do deficit de atenção/hiperatividade / Effects of methylphenidate in auditory processing evaluation of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder . <u>Arq. neuropsiquiatr;</u> 65(1):138-143, mar. 2007. tab	No relacionado al tema y/o metodología.
33	Andrade, Enio Roberto de; Scheuer, Claudia; Rocca, Cristiana Castanho de Almeida; Pantano, Telma. Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e a atividade motora pasra a escrita: relato de um caso tratado com metilfenidato / Attention deficit hyperactivity disorder and the motor activity for the writing: case report treated with methylphenidate. <u>Infanto rev. neuropsiquiatr. infanc. adolesc;</u> 8(1):5-12, abr. 2000. ilus, tab	No relacionado al tema y/o metodología.
34	Riveros T., María Paz; Valero A., Isabel; Julio R., Cinthia; Núñez F., Alicia. Tratamiento del trastorno por déficit atencional con hiperactividad / Treatment of the attention deficit disorder with hyperactivity. <u>Pediatr. dia;</u> 14(4):235-6, sept.-oct. 1998	No relacionado al tema y/o metodología.
35	Guardiola, Ana; Terra, Alex Resende; Pereira, Kaissara Ricordi; Rotta Newra Tellechea. Uso de fármacos na síndrome de hiperatividade com déficit de atenção / Use of drugs in attention deficit hyperactivity disorders . <u>Arq. neuropsiquiatr;</u> 55(3B):594-7, set. 1997. Tab	No relacionado al tema y/o metodología.
36	Manterola Araya, Alejandro; Rojas S., Carolina; Rosas C., Rodrigo; Morales D., Ignacio. Observación longitudinal de casos con déficit atencional, hiperactividad motora e inestabilidad emocional en niños provenientes del sector público de salud y educación del Area Norte de la ciudad de Santiago / Longitudinal study of cases with attention deficit, motor hyperactivity and emotional instability in children from health public area and education of nort area from Santiago city. <u>Pediatria (Santiago de Chile);</u> 39(3/4):78-89, jul.-dic. 1996. tab	No relacionado al tema y/o metodología.
37	Guerreiro, Marilisa M; Montenegro, Maria Augusta; Piva, Renata P; Moura-Ribeiro, Maria Valeriana L. Distúrbio do déficit de	No relacionado al tema y/o

	atenção: tratamento com metilfenidato / Attention deficit disorder: treatment with methylphenidate. <u>Arg. neuropsiquiatr</u> ; 54(1):25-9, mar. 1996. tab	metodología.
38	García Sánchez, Magaly; Castillo Méndez, Eloina. Efectividad del metilfenidato en niños con una disfunción cerebral mínima / Methylphenidate effectiveness in children with minimal brain dysfunction . <u>Rev. Hosp. Psiquiatr. La Habana</u> ; 30(1):85-93, ene.-mar. 1989.	No relacionado al tema y/o metodología.
39	Yepes R., Luis E. Tratamiento farmacológico del trastorno de déficit de la atención / Pharmacologic treatment of the attention deficit disorder . <u>Rev. colomb. psiquiatr</u> ; 17(4):274-86, nov. 1988. Tab	No relacionado al Tema y/o metodología
40	Golfeto, J. H; Ribeiro, M. V. Resultados terapéuticos do síndrome da disfunção cerebral mínima (DCM) / Therapeutic results of minimal brain dysfunction syndrome . <u>Neurobiologia</u> ; 46(1):67-76, 1983.	No relacionado al tema y/o metodología.
41	Sagasti V., Begoña; Boehme K., Virginia. Trastornos por déficit de atención, desde la perspectiva psiquiátrica / Attention deficit disorder, from a psychiatric perspective . <u>Bol. Soc. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc</u> ; 14(n.esp):52-54, nov. 2003. tab.	No relacionado al tema y/o metodología.
42	Miranda, Marcelo. Tics, obsesiones y síndrome de Gilles de la Tourette: actualización clínica / Tics, obsessions and Tourette's syndrome: a clinical update. <u>Rev. chil. neuro-psiquiatr</u> ; 38(2):112-21, abr.-jun. 2000. ilus, tab.	No relacionado al tema y/o metodología.
43	Moura, Cynthia Borges de. Trastorno de déficit de atenção e hiperatividade / Attention-Deficit Hyperactivity Disorder , <u>Pediatr. mod</u> ; 35(8):646-52, ago. 1999. tab	No relacionado al tema y/o metodología.
44	Bandim, José Marcelino. Trastorno de déficit de atenção. Tratamiento farmacológico e rendimiento escolar / Attention Deficit Disorder. Pharmacologic Treatment and School Performance. <u>Neurobiologia</u> ; 60(2):61-72, abr.-jun. 1997	No relacionado al tema y/o metodología.
45	Lara Tapia, Héctor; Aceves Hernández, Alma Elena; Munguía Hernández, Estela. Disfunción cerebral y conducta delictiva en un grupo de infractores juveniles / Cerebral dysfunction and delictive behavior in a young transgressors.	No relacionado al tema y/o metodología.
46	Tannock, Rosemary; Schachar, Russell. Aspectos actuales en la evaluación: diagnóstico y tratamiento de ADHD / Present aspects in the evaluation: diagnosis and therapy of ADHD . <u>Ninos (Caracas)</u> ; 28(76):111-5, ene.-jun. 1993. tab	No relacionado al tema y/o metodología.

47	Tannock, Rosemary; Schachar, Russell; Ickowicz, Abel. Trastornos de hiperactividad y deficit de atención con trastornos de ansiedad concurrentes / Attention deficit disorders with hyperactivities by disorders of concurrents anxiety . <u>Ninos (Caracas)</u> ; 28(76):107-10, ene.-jun. 1993. tab	No relacionado al tema y/o metodología.
48	Vásquez, Rafael; Manrique, Jorge; Contreras, Leddy. Tratamiento de la inquietud en niños. <u>Pediatría (Bogota)</u> ; 4(1):2-6, mar. 1994. tab.	No relacionado al tema y/o metodología.
49	Grau Martínez, Arturo. Pautas para tratamiento en consultorio del déficit atencional hiperactivo / Guides for clinical treatment of the hyperactive attentional deficit . <u>Pediatr. dia</u> ; 11(1):6-12, mar.-abr. 1995. tab	No relacionado al tema y/o metodología.
50	Cardoso, Fernando Luiz; Sabbag, Samantha; Beltrame, Thais Silva. Prevalência de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em relação ao gênero de escolares / Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in relation to the sex of school children	No relacionado al tema y/o metodología.
51	Vera, Cleiva Flávia Diniz; Conde, Graciane Elias Setúbal; Wajnsztein, Rubens; Nemr , Kátia. Transtornos de aprendizagem e presença de respiração oral em indivíduos com diagnóstico de transtorno s de déficit de atenção / hiperatividade (TDAH) / Learning disabilities and mouth breathing in subjects with attention deficit hyperactivity disorder diagnosis.	No relacionado al tema y/o metodología.
52	Talero Gutiérrez, C; Espinosa Bode, A; Vélez Van Meerbeeke, A. Trastorno de Atención en las Escuelas Públicas de una localidad de Bogotá: percepción de los maestros / Attention deficit disorder in some public school of Bogotá: perception of teachers <u>Rev. Fac. Med. (Bogota)</u> ; 53(4):212-218, oct.-dic. 2005. ilustración, tab, gráfico	No relacionado al tema y/o metodología.
53	Andrade, Enio Roberto de; Scheuer, Claudia. Análise da eficácia do metilfenidato Estados Unidos na versão abreviada do questionário de conners em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade / Analysis of the methylphenidate's efficacy using the abbreviated version Conners' questionnaire in attention deficit hyperactivity disorder . <u>Arq. neuropsiquiatr</u> ; 62(1):81-85, mar. 2004. tab.	No relacionado al tema y/o metodología.

### 13.5 GUIAS DE PRÁTICA CLÍNICA

#	Referencia
1	Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. American Academy of Pediatrics Pediatrics. 2000 May; 105(5): 1158-70.
2	Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement.. Pediatrics. 2001 Oct; 108(4): 1033-44.
3	Pliszka S; AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007 Jul; 46(7): 894-921. Review
4	Attention-deficit hyperactivity disorder. University of Michigan Health System - Academic Institution. 2005 Oct. 35 pages.
5	Diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in primary care for school age children and adolescents. Institute for Clinical Systems Improvement - Private Nonprofit Organization. 1997 Oct (revised 2007 Mar). 68 pages.
6	Methylphenidate, atomoxetine and dexamfetamine for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) - National Government Agency [Non-U.S.]. 2006 Mar. 34 pages.

## 14 ANÁLISIS CRÍTICO DE ESTUDIOS PRIMARIOS

Revisión	Amplitud búsqueda bibliográfica [1]	Análisis crítico [2]	Tipo de estudios incluidos
Snyder, 2006		✓	Estudios de pruebas diagnósticas tipo caso control.
Chabot, 2001			Estudios de pruebas diagnósticas
Giedd, 2001			Estudios de pruebas diagnósticas
Romine, 2004	✓✓	✓	Estudios de pruebas diagnósticas
Homack, 2004	✓✓	✓	Estudios de pruebas diagnósticas
SCHATTER, 2001	✓✓✓	✓✓	ECA
KING, 2006	✓✓✓	✓✓✓	Estudios de intervención (sin restricciones respecto al diseño); se analiza ECA por separado
GARCES, 2003	-----	✓✓	ECA. Sólo 4 estudios.
MILLER, 1999	✓✓✓	✓✓	ECA
JADAD, 1999	✓✓✓	✓✓✓	ECA

[1]: Se asignó un símbolo ✓ por cada una de las siguientes condiciones: a) Incluye búsqueda de literatura gris (contacto a expertos, listas de referencias, búsqueda manual), b) Se realizó búsqueda en múltiples bases de datos, c) No hubo restricciones geográficas ni idiomáticas.

[2]: Se asignó un símbolo ✓ por cada una de las siguientes condiciones: a) Existe identificación del diseño de cada estudio individual, b) Incluye análisis crítico formal de condiciones de validez interna, b) Se reportan los resultados del análisis de cada estudio individualmente.

*Estudio: (REFERENCIA) Pérez, et al. Aspirina vs placebo, Ensayo clínico aleatorizado. Rev Med Chil 1999; 2(1):21-24*

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
Estudio de pruebas diagnósticas	Descripción de la prueba en detalle		
	Muestra representativa		
	Descripción clara de los criterios de selección de sujetos		
	Aplicación de prueba y estándar en la misma condición a pacientes y grupo control		

*Bussing, et al. Test de Conners. Estudio de pruebas diagnósticas tipo tamizaje J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1998 Jan; 37(1): 74-82.*

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
Estudio de pruebas diagnósticas	Descripción de la prueba en detalle	S	
	Muestra representativa	S	
	Descripción clara de los criterios de selección de sujetos	S	
	Aplicación de prueba y estándar en la misma condición a pacientes y grupo control	S	

*Pineda, et al. Test de Inteligencia. Estudio de Pruebas Diagnósticas tipo Caso-control Pediatr Neurol. 2007 Jun; 36(6): 373-81*

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
Estudio de pruebas diagnósticas	Descripción de la prueba en detalle	N	Dicen que la mayoría de los test son conocidos.
	Muestra representativa	S	
	Descripción clara de los criterios de selección de sujetos	S	

	Aplicación de prueba y estándar en la misma condición a pacientes y grupo control	S	
--	---	---	--

*Oie, et al. Test de Inteligencia. Estudio de pruebas diagnóstica tipo caso-control.*

*Am J Psychiatry. 1999 Aug; 156(8):1216-22.*

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
Estudio de pruebas diagnósticas	Descripción de la prueba en detalle	N	Sólo describe uno de los test de la batería aplicada.
	Muestra representativa	S	
	Descripción clara de los criterios de selección de sujetos	S	
	Aplicación de prueba y estándar en la misma condición a pacientes y grupo control	S	

*Gruber R, Grizenko N, Schwartz Performance on the continuous performance test in children with ADHD is associated with sleep efficiency. Sleep. 2007 Aug 1; 30(8):1003-9.*

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	S	Cruzado. No especifica el método
	Ciego	S	Doble ciego
	Análisis por intención de tratar	N	

ESCALA DE JADAD: POBRE

Cox DJ, Merkel RL, Moore Relative benefits of stimulant therapy with OROS methylphenidate -versus mixed amphetamine salts extended release in improving the driving performance of adolescent drivers with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics. 2006 Sep; 118(3):e704-10

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	S	Descrito el método
	Ciego	S	Doble ciego durante el estudio cruzado
	Análisis por intención de tratar	N	

ESCALA DE JADAD: ADECUADA

Grizenko N, Bhat M, Schwartz Efficacy of methylphenidate in children with attention-deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: a randomized crossover trial. J Psychiatry Neurosci. 2006 Jan; 31(1):46-51.

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	S	Cruzado por 2 sem.
	Ciego	S	Doble ciego
	Análisis por intención de tratar	N	

ESCALA DE JADAD: ADECUADA

Steele M, Weiss M, Swanson J A randomized, controlled effectiveness trial of OROS-methylphenidate compared to usual care with immediate-release methylphenidate in attention deficit-hyperactivity disorder. Can J Clin Pharmacol. 2006 Winter; 13(1):e50-62. Epub 2006 Jan 23.

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	S	No descrito método
	Ciego	N	abierto
	Análisis por intención de tratar	N	
	Descripción de retiradas	S	detallado

ESCALA DE JADAD: POBRE

Wilens TE, McBurnett K, Bukstein O, Multisite controlled study of OROS methylphenidate in the treatment of adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Pediatr Adolesc Med. 2006 Jan; 60(1):82-90.

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	S	En 2 semanas de la 3era de 4 fases por números aleatorios
	Ciego	S	Es doble ciego en la 3era fase por 2 S y es abierto antes y después de esta fase
	Análisis por intención de tratar	N	No descrito en análisis
	Descripción de retiradas	S	Totalmente

ESCALA DE JADAD: ADECUADA

Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network. Randomized, controlled, crossover trial of methylphenidate in pervasive developmental disorders with hyperactivity. Arch Gen Psychiatry. 2005 Nov; 62(11): 1266-74

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	S	No se describe método
	Ciego	S	Doble ciego
	Análisis por intención de tratar	N	

ESCALA DE JADAD: POBRE

Cox DJ, Humphrey JW, Merkel RL Controlled-release methylphenidate improves attention during on-road driving by adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Board Fam Pract. 2004 Jul-Aug; 17(4): 235-9

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	S	Por números aleatorios
	Ciego	S	Uno de los evaluadores
	Análisis por intención de tratar	N	

ESCALA DE JADAD: ADECUADA

MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity Pediatrics. 2004 Apr; 113(4): 754-61 disorder.

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	S	No se especifica el método, la secuencia es buena
	Ciego	S	Se desconoce en el seguimiento
	Análisis por intención de tratar	S	Parcialmente descrita
	Descripción de retiradas	S	En forma parcial

ESCALA DE JADAD: ADECUADA

Gulley V, Northup J, Hupp S Sequential evaluation of behavioral treatments and methylphenidate dosage for children with attention deficit hyperactivity disorder. J Appl Behav Anal. 2003 Fall; 36(3): 375-8.

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	N	Es secuencial abierto 3 participantes.
	Ciego	N	Es secuencial abierto 3 participantes.
	Análisis por intención de tratar	N	Es secuencial abierto 3 participantes.

ESCALA DE JADAD: POBRE

Montiel- [A pilot study of methylphenidate and parent training in the treatment of children with attention-deficit hiperactivity disorder] Rev Neurol. 2002 Aug 1-15; 35(3): 201-5.

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	S	No se describe el método
	Ciego	N	
	Análisis por intención de tratar	N	

ESCALA DE JADAD: POBRE

Greenhill LL, Findling RL, A double-blind, placebo-controlled study of modified-release methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2002 Mar;109(3):E39

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	S	Es pobre la descripción del método y la secuencia
	Ciego	S	No reporta quienes y en el seguimiento.
	Análisis por intención de tratar	S	Parcialmente descrita
	Descripción de retiradas	S	Parcialmente descrito

ESCALA DE JADAD: POBRE

Wolraich ML, Greenhill LL, Pelham W, Swanson J, Wilens T, Randomized, controlled trial of oros methylphenidate once a day in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2001 Oct;108(4):883-92

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	S	Es pobre la descripción del método y la secuencia
	Ciego	S	No reporta quienes y en el seguimiento.
	Análisis por intención de tratar	S	Parcialmente descrita
	Descripción de retiradas	S	Bien descritas

ESCALA DE JADAD: POBRE

Ardoin SP, Martens BK. Testing the ability of children with attention deficit hyperactivity disorder to accurately report the effects of medication on their behavior. *J Appl Behav Anal*. 2000 Winter; 33(4):593-610.

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	S	Cuasialeatorización
	Ciego	S	Excepto los padres
	Análisis por intención de tratar	N	

ESCALA DE JADAD: ADECUADA

Kent MA, Camfield CS, Camfield PR. Double-blind methylphenidate trials: practical, useful, and highly endorsed by families. Arch Pediatr Adolesc Med. 1999 Dec ; 153(12):1292-6.

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	S	Descrito el método
	Ciego	S	Están identificados
	Análisis por intención de tratar	N	

ESCALA DE JADAD: ADECUADA

Pelham WE, Gnagy EM A comparison of morning-only and morning/late afternoon Adderall to morning-only, twice-daily, and three times-daily methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics. 1999 Dec; 104(6):1300-11.

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	S	Es pobre la descripción del método y la secuencia
	Ciego	S	No reporta quienes y en el seguimiento.
	Análisis por intención de tratar	N	
	Descripción de retiradas	S	Bien descritos

ESCALA DE JADAD: POBRE

kelsey DK, Sumner CR Once-daily atomoxetine treatment for children with attention-deficit/hyperactivity disorder, including an assessment of evening and morning behavior: a double-blind, placebo-controlled trial. Pediatrics. 2004 Jul; 114(1):e1-8.

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	S	Es pobre la descripción del método y la secuencia
	Ciego	S	No reporta quienes y en el seguimiento.
	Análisis por intención de tratar	S	Bien descrita

ESCALA DE JADAD: POBRE

Bierderman J, Heiligenstein JH Efficacy of atomoxetine versus placebo in school-age girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics. 2002 Dec; 110(6):e75.

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	S	Descrito el método
	Ciego	S	Si descrito
	Análisis por intención de tratar	S	De un grupo de niñas, parcial.

ESCALA DE JADAD: ADECUADA

Michelson D, Allen AJ, Once-daily atomoxetine treatment for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled study. Am J Psychiatry. 2002 Nov; 159(11):1896-901

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	S	Es pobre la descripción del método y la secuencia
	Ciego	S	Reporta quienes y no en el seguimiento.
	Análisis por intención de tratar	S	Parcialmente descrito
	Descripción de retiradas	S	Parcialmente descrita

ESCALA DE JADAD: ADECUADA

Michelson D, Faries D, Wernicke J, Kelsey D, Kendrick K, Sallee FR, Spencer T Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled, dose-response study. Pediatrics. 2001 Nov; 108(5):E83.

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	S	Está bien descrito el método y la secuencia
	Ciego	S	No reporta quienes y en el seguimiento.
	Análisis por intención de tratar	N	
	Descripción de retiradas	S	Bien descritas

ESCALA DE JADAD: POBRE

Scheffer RE, Kowatch RA, Carmody T, Rush AJ.  
Randomized, placebo-controlled trial of mixed amphetamine salts for symptoms of comorbid ADHD in pediatric bipolar disorder after mood stabilization with divalproex sodium. Am J Psychiatry. 2005 Jan; 162(1):58-64.

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	S	No describe el método
	Ciego	S	No identifica, solo 4 semanas, ni antes (8s) o después (12 s).
	Análisis por intención de tratar	N	
	Descripción de retiradas	S	Incompleta

ESCALA DE JADAD: POBRE

Spencer T, Biederman A double-blind comparison of desipramine and placebo in children and adolescents with chronic tic disorder and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry. 2002 Jul; 59(7): 649-56.

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	S	Descritas el método y la secuencia
	Ciego	S	Reporta quienes y no en el seguimiento
	Análisis por intención de tratar	N	
	Descripción de retiradas	S	Descrito parcialmente

ESCALA DE JADAD: ADECUADA

Scahill L, Chappell PB, Kim YS, Schultz RT, Katsovich L, Shepherd E, Arnsten AF, A placebo-controlled study of guanfacine in the treatment of children with tic disorders and attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry. 2001 Jul; 158(7): 1067-74.

Diseño	Criterio	Cumple (S/N)	Observaciones
ECA	Aleatorización	S	No describe método
	Ciego	S	No identifica
	Análisis por intención de tratar	N	

ESCALA DE JADAD: POBRE