

Prevalencia del déficit de atención con hiperactividad (SAH)

Tema

Déficit de Atención e Hiperactividad (prevalencia)

Pregunta

En niños de edad escolar, ¿cual es la probabilidad de padecer Síndrome de Déficit de Atención e Hiperactividad (SAH)?

Palabras clave

- o Deficit attention with hyperactivity
- o Methylphenidate

Fuentes de Información y estrategia de búsqueda utilizada

Búsqueda en Trip Deficit attention hyperactivity Methylphenidate

Búsqueda en Medline a través de Pubmed

"Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[MAJR] AND ("guideline"[Publication Type] OR "meta analysis"[Publication Type] OR "practice guideline"[Publication Type])Limits: All Child: 0- 18 years

Methylphenidate[MAJR] AND ("guideline"[Publication Type] OR "meta analysis"[Publication Type] OR "practice guideline"[Publication Type])Limits: All Child: 0-18 years

Mejor respuesta obtenida (obtenida 15 de Febrero del 2001)

Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attentiondeficit/hyperactivity disorder. American Academy of Paediatrics. Paediatrics. 2000 May;105(5):1158-70. Review

Tipo de muestra	Prevalencia	Intervalo de confianza 95%
Población general	10,3%	8,2% - 12,7%
Muestra escolar	6,8%	5,5% - 8,5%
Varones	9,2%	5,8% - 13,6%
Mujeres	2,9%	1,9% - 4,5%

¿Es importante esta información para mis pacientes, la sociedad o para mi mismo?

Realmente tiene una gran importancia ya que la estimación de prevalencia de DAH es muy alta. He realizado una investigación en mi centro del número de pacientes diagnosticados de DAH en mi área sanitaria rastreando la prescripción de Metilfenidato. Este medicamento es el único autorizado en nuestro país para el tratamiento de esta entidad y constaté que, en una gran zona urbana, sólo se prescribe este producto a un porcentaje muy reducido de niños entre 6-12 años: sólo el 0.52 por mil, una cifra infinitamente inferior a la estimada para esta entidad. Si bien en la revisión de la National Institute for Excellence (NICE) se pueden encontrar algunas claves que pueden explicar el comportamiento de la prescripción en nuestro medio. En el medio europeo se es más estricto en los criterios diagnósticos de esta entidad y no se usa el DSMIV sino el ICD-

10, que exige que la presencia de los tres síntomas claves de esta entidad- Falta de atención, Hiperactividad e Impulsividad- se presenten en más de un entorno y antes de los 7 años de edad, lo cual puede representar sólo un subgrupo del DSMIV (que es el trastorno de déficit de atención combina)do. En la revisión NICE se constató una prevalencia de DAH del 1% entre niños ingleses, prevalencia, de todos modos, mucho más elevada que la que he podido encontrar en mi medio mediante el rastreo de uso de metilfenidato.

¿Qué cambios de actitud de rutina profesional o de organización debería introducir?

En mi caso, ser más receptivo a este tema y, siguiendo las recomendaciones de la guía norteamericana, prestar atención a los problemas que los padres plantean sobre distracción de sus hijos, mal rendimiento escolar y, en la visita de supervisión que se realiza entre los 6-12 años, realizar algunas preguntas abiertas, sobre todo en varones:

1. ¿Cómo va su niño en la escuela?
2. ¿Hay algún problema de aprendizaje que el profesor le haya comentado?
3. ¿Es su niño feliz en la escuela?
4. ¿Tiene usted preocupación con los problemas de conducta de su hijo en casa o cuando juega con otros niños?
5. ¿Tiene dificultades su hijo con los trabajos escolares o cuando juega con tros amigos?

¿Qué obstáculos puedo encontrar?

Posiblemente, entre los profesionales y los padres la etiqueta diagnóstica de esta entidad no es muy valorada. El paradigma predominante en Europa tiene su origen en escuelas psicoanalíticas que no le dan excesiva importancia a este problema. Por otro lado, el diagnóstico correcto de DAH exige mucho tiempo a través de entrevistas estructuradas con los padres y profesores.

¿Cómo podría observar los cambios realizados?

A través del seguimiento de los niños que se atienden en mi zona, la relación con sus padres y profesores y la constatación de la mejoría de los síntomas, mejor adaptación de estos niños y el control de su rendimiento escolar.

Observaciones

Esta entidad, muy prevalente en la infancia, es diagnosticada usando un consenso de expertos- el DSMIV-, que ha sido validado en ambientes psiquiátricos y en niños con patología muy seleccionada. Por otro lado, la información que se obtiene está basada en la subjetividad de los informantes. Es necesario la puesta en marcha de estudios que tengan por objetivo el diseño de mejores herramientas para el diagnóstico adecuado de SAH.

Autor

Juan Ruiz-Canela Cáceres. Pediatra. Centro de Salud de Torreblanca. Sevilla

Referencias

1. Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Summary, Technical Review: Number 3, August 1999. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD.
2. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/adhdsutr.htm>
3. Lord J, Paisley S. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of methylphenidate for hyperactivity in childhood. London: National Institute for Clinical Excellence, July 2000.
4. Goldman L, Genel M, Bezman R, Slanetz P. Diagnosis and Treatment of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder in children and Adolescents JAMA 1998;279: 1100-7

Autor:

Juan Ruiz-Canela Cáceres. Pediatra. Centro de Salud de Torreblanca. Sevilla