

Trabajo Original

Toxicología Clínica

Prevalencia de Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad (AD/HD) en niños de edad escolar en algunos colegios primarios de la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina.

Nardelli Natalia, Prieto Nahuel, Sandler Emanuel, Piola Juan Carlos.

Cátedra de Farmacología y Toxicología. FCM. UNR. Santa Fe 3100. CP 2000. Rosario.

Correspondencia a Emanuel Sandler: sandler.e@gmail.com

Resumen

El "Síndrome de déficit de atención con hiperactividad" (AD/HD) ha sido caracterizado en el Manual de Diagnóstico Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV TR). Estudios a nivel mundial registran un significativo aumento en el diagnóstico de AD/HD, lo que origina por ende, un aumento en el consumo de fármacos psico-estimulantes en niños de edad escolar primaria. El objetivo es determinar la prevalencia del AD/HD y las características de su tratamiento en niños de edad escolar en colegios de la ciudad de Rosario.

Se realizó un estudio transversal a través de encuestas anónimas y voluntarias dirigidas a madres, padres y/o tutores de niños que asistan a establecimientos educativos de escolaridad primaria

Se repartieron 2691 encuestas, y se recolectaron contestadas 1474.

De estos, un 1,29% (n=19) tomaron psicof estimulantes, y un 0,68% (n=10) de ellos lo toman actualmente. El 0,68% (n=10) presentaban diagnóstico de AD/HD. La mayoría estaban tratados con metilfenidato. Un niño realizaba solo tratamiento psicológico.

Si bien la bibliografía consultada sobre AD/HD informa sobre una prevalencia entre 3 y 7%, en esta revisión es menor. Se utilizaron los fármacos de primera elección para esta patología, principalmente metilfenidato , ya sea solo o combinado. Destacamos que la prevalencia observada es mucho mayor en varones, conformando estos un 90% de los diagnosticados.

Palabras claves: "Síndrome de déficit de atención con hiperactividad"; niños; Rosario, Santa Fe

Abstract

"Attention Deficit Hyperactivity Disorder" (ADHD) has been characterized in the Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association (DSM-IV TR). Studies worldwide recorded a significant increase in the diagnosis of ADHD, resulting thus an increase in the consumption of psychostimulants drugs in primary school children. The objective of this evaluation is to determine the prevalence of ADHD and their treatment in school-age children in the city of Rosario.

A cross sectional study was conducted through voluntary anonymous surveys and for mothers, parents and / or guardians of children attending primary school educational establishments.

2691 surveys were distributed, collected and answered 1474.

Of these, 1.29% (n = 19) took psychostimulants, and 0.68% (n = 10) of them take it at the moments of this surveys. 0.68% (n = 10) had a diagnosis of ADHD. Most were treated with methylphenidate. A child was engaged in psychological treatment alone.

Although the literature on ADHD reports a prevalence between 3 and 7% in this revision is lower. We used the drugs of choice for this condition, primarily methylphenidate, either alone or combined. We emphasize that the observed prevalence is much higher in men, forming these 90% of those diagnosed.

Keywords: "Attention Deficit Hyperactivity Disorder", children; Rosario, Santa Fe

Introducción

El Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/H, en inglés, Attention Deficit/Hyperactivity Disorder o AD/HD) es una enfermedad que afecta la capacidad de una persona para prestar atención. Es más común en niños en edad escolar. Es un trastorno crónico, que afecta a un individuo a lo largo de la vida. Actualmente se considera que existen dos características distintas en la enfermedad, falta de atención y /o hiperactividad-impulsividad.

Los niños con este trastorno suelen presentar bajo rendimiento académico, problemas en las relaciones interpersonales con familiares y compañeros y baja autoestima.

Estudios a nivel mundial registran un aumento en el diagnóstico de AD/HD, y también un aumento en el consumo de fármacos estimulantes en niños de edad escolar primaria.

En nuestro país existen pocos estudios acerca de la tasa de consumo de psicoestimulantes en niños.

Según datos de la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) la importación de metilfenidato creció a partir del año 2006, elevándose un 81,5% en el año 2008, con respecto a 2006. ⁸

Según datos de la Confederación Farmacéutica Argentina, las unidades dispensadas de metilfenidato y atomoxetina cada mil habitantes en niños entre 5 y 19 años en la provincia de Santa Fe son de 8,7 y 3,5 respectivamente. ⁸

Un estudio realizado en 6 escuelas de la ciudad de Buenos Aires sobre el consumo de psicofármacos en niños de 5 a 13 años, con una muestra de 358 niños, reveló una prevalencia de AD/HD de un 1,67%. ⁹

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia del AD/HD y las características de su tratamiento en niños de edad escolar en algunos colegios de la ciudad de Rosario.

Metodología

Se realizó un estudio transversal a través de encuestas anónimas y voluntarias dirigidas a padres y/o tutores de niños que asistían a establecimientos educativos de escolaridad primaria. Se analizan los datos de los 6 colegios primarios que aceptaron participar de las 18 instituciones invitadas (6 no aceptaron y otras 6 no respondieron a la invitación).

Las encuestas, junto con el consentimiento informado, fueron entregadas a los niños en cada establecimiento, para ser devueltas respondidas por sus padres o cuidadores, en un sobre cerrado.

Se aplica la prueba de chi cuadrado a algunas variables.

Resultados

Se repartieron 2691 encuestas, y se recolectaron 1638 (60,9%), de las cuales el 90% fueron contestadas y el 10% restante fueron devueltas en blanco.

Se trabaja, entonces, con un total de 1474 encuestas de niños, 54,6 % de sexo masculino y 45,4 % de sexo femenino. Respecto a consumo de psicofármacos: 1,3% fueron medicados alguna vez en su vida, y el 0,7% de ellos estaban medicados en el momento de la encuesta. Otros tratamientos referidos son: psicológico (4.6%); psicopedagógico (2.3%) y ambos tratamientos juntos (1.49%),

En el gráfico 1 se muestran las enfermedades por las habían sido medicados.

Diez niños (0,68%) refieren tener diagnóstico de AD/HD, realizado por un neurólogo, 9 de ellos de sexo masculino y sólo una niña ($p = 0,026356$). Las consultas a neurólogo se realizaron por sugerencia de la maestra.

Nueve de los niños con diagnóstico de AD/HD recibieron medicación; 6 un solo fármaco; un niño dos fármacos; y dos de ellos tomaron dos o tres fármacos, no de manera simultánea. Un niño de los diez no recibió medicamentos y sólo tuvo tratamiento psicológico.

Los padres notaron mejoría con el tratamiento en 6 niños, mientras que otros 3 no. Sólo 4 de los 9, continúan con tratamiento al momento de la encuesta. Los padres del niño con tratamiento psicológico, refieren haber notado mejoría.

En el gráfico 2 se muestran los fármacos indicados. El metilfenidato estaba implicado en 8 de los nueve niños medicados.

Discusión

La Asociación Americana de Psiquiatría, en su *Manual de Diagnóstico Estadístico* (DSM-IV TR) caracteriza al AD/HD con tres items:

- 1) Inatención, que incluye una distraibilidad aumentada y dificultad para mantener la atención;
- 2) Control deficiente de los impulsos y una disminución de la capacidad de autoinhibición, e
- 3) Hiperactividad e inquietud motora.

Se han implicado múltiples factores en la etiología del AD/HD, en el 76% influiría la herencia. Actualmente se lo considera un trastorno poligénico, donde intervienen varios genes relacionados con la recepción y transporte de algunos transmisores cerebrales. Entre las causas no genéticas se mencionan el estrés perinatal, muy bajo peso al nacer, consumo de tabaco y alcohol por la madre durante el embarazo y daño cerebral traumático. ^{1, 4, 5.}

Los síntomas pueden dividirse en dos grupos: "Atención" e "Hiperactividad-Impulsividad". Cada grupo contiene nueve síntomas posibles. Utilizando estos dos grupos, el DSM-IV identifica tres subtipos de AD/HD, según la intensidad con la que se presentan los siguientes síntomas.

Según prevalezcan los síntomas de desatención o hiperactividad puede tratarse de un niño con AD/HD subtipo predominio déficit de atención o hiperactividad respectivamente, aunque también se observan formas mixtas.

Dado que todos los niños presentan en alguna medida falta de atención, hiperactividad motriz e impulsividad y que éstos síntomas pueden deberse a muchos problemas diferentes, la Asociación Americana de Psiquiatría advierte que sólo se puede considerar que un niño tiene un AD/HD si se cumplen estrictas condiciones, cuya consideración excede el objetivo de este trabajo.

Se estima que entre un 3 y 7%⁴ de niños en edad escolar padecen este trastorno, llegando para algunos autores hasta un 10%.² Estas cifras son muy superiores a las obtenidas en este estudio, de 0.68%. Estudios longitudinales han mostrado que persiste en el 10 al 60% de los adultos jóvenes que lo han padecido en la niñez.³

El tratamiento del paciente con AD/HD se centra en el control de los síntomas. Una vez confirmado el diagnóstico se deben establecer objetivos con la familia con la intención de mejorar las relaciones interpersonales del niño, desarrollar habilidades para el estudio y disminuir las conductas disgregadoras.

Los tratamientos basados en el entrenamiento conductual precisan entre 8 y 12 sesiones. El objetivo del mismo consiste en que se identifiquen las conductas específicas que alteran la vida diaria del niño y se trabaje para mejorar progresivamente sus habilidades en estas áreas.² Algunos estudios señalan que el tratamiento conductual es menos efectivo que el farmacológico, y no se informan beneficios resultantes de la combinación de ambos tratamientos.^{4,5} Si bien los datos del presente estudio reflejan la opinión de los padres, notaron mejoría con el tratamiento en 6 niños, mientras que 3 no notaron ninguna mejoría y los padres del niño con tratamiento psicológico, refieren haber notado mejoría.

Las drogas aprobadas por la FDA de los EEUU (Food and Drug Administration) para el tratamiento de AD/HD son el metilfenidato, dextroanfetamina, sales mixtas de anfetamina y atomoxetina, siendo el metilfenidato (simpaticomimético de acción indirecta, liberador de dopamina) el más ampliamente utilizado.⁵ Lo mismo sucede en el presente estudio, ya que 8 de 9 niños tratados recibieron metilfenidato.

Las reacciones adversas más frecuentes del metilfenidato son ansiedad, insomnio, nerviosismo, disforia, cefaleas. También provocan anorexia, sequedad bucal, taquicardia,

palpitaciones, rash, fiebre, alopecia, eritema multiforme, trombocitopenia, leucopenia, hepatitis, pérdida ponderal que puede acompañarse de supresión del crecimiento en niños. Se han informado casos de muerte súbita y accidente cerebrovascular. Si bien son poco frecuentes puede observarse tics, disquinesias, convulsiones, síntomas de psicosis o manía.^{6,7} La encuesta realizada no incluía valoraciones de reacciones adversas

En un estudio de seguimiento durante 24 meses de niños que recibían estos estimulantes se demostró una desaceleración del crecimiento de aproximadamente un centímetro por año.⁴

Conclusión

Resaltamos la baja prevalencia de AD/HD en la encuesta realizada en seis colegios primarios de la ciudad de Rosario: 0.68% (10 niños). En el tratamiento farmacológico, se utilizaron los fármacos de primera elección para esta patología, principalmente metilfenidato, solo o combinado. Estos niños además, realizaron tratamiento psicológico y/o psicopedagógico. Los padres notaron mejoría con el tratamiento en 6 niños, mientras que 3 no notaron ninguna mejoría.

Destacamos que la prevalencia observada es mucho mayor en varones, conformando estos un 90% de los niños con diagnóstico de AD/HD.

Agradecimientos

A los 6 colegios que aceptaron participar y a los padres o cuidadores que contestaron la encuesta.

Gráfico 1

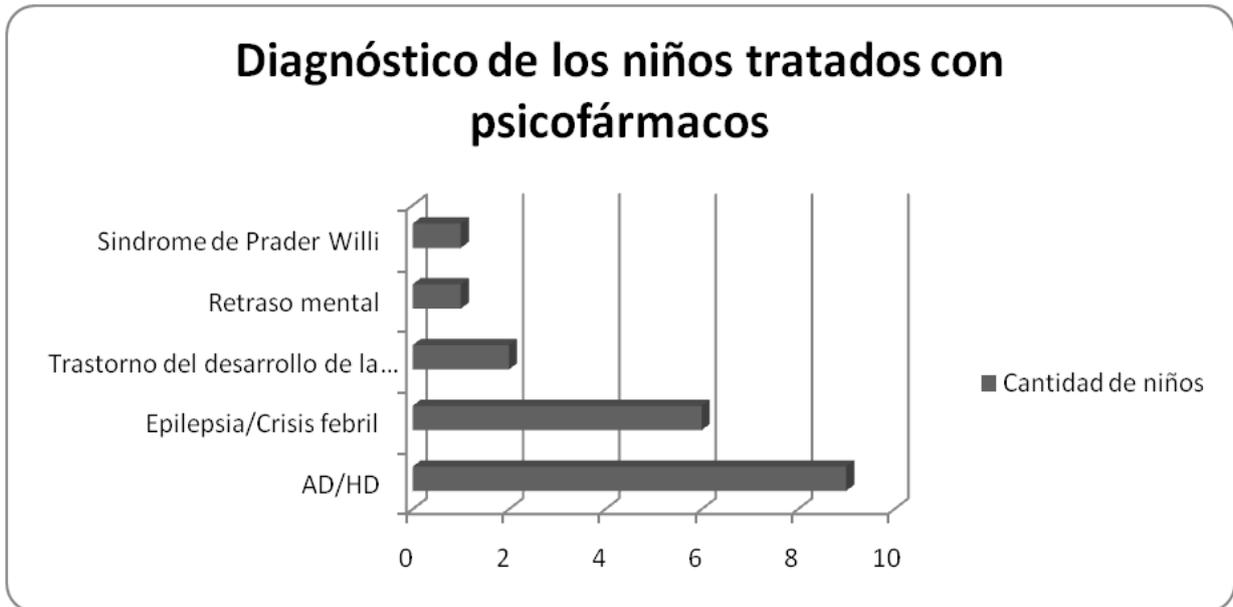
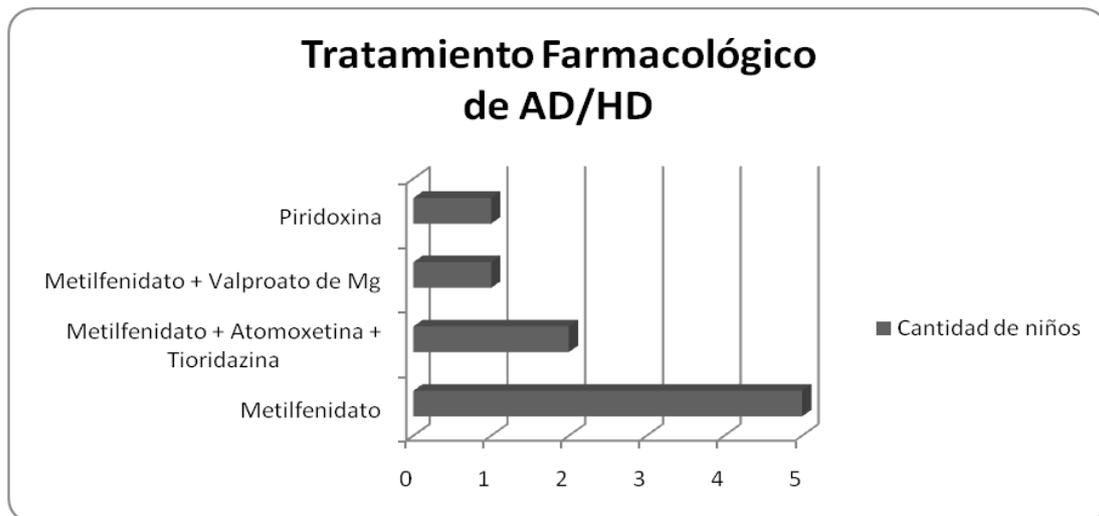


Gráfico 2



Bibliografía

1. Orjales Villar Isabel (2004) Impacto y Detección de Niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Revista: Educación y Futuro: Revista de Investigación Aplicada y Experiencias Educativas (Num. 10, pp. 25-36). Recuperado en dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2044587 (2012, 05 de marzo).
2. Kliegman, Behrman, Jenson, Stanton (2008) Nelson. Tratado de Pediatría. (pp. 146-149) (18a ed.) (Tomo 1) Barcelona: El Sevier.
3. [Flórez Del Águila, J](#) (1999) Problemas Clínicos en Neurología. El síndrome de hiperactividad con déficit de atención. Tratamiento Farmacológico. [en línea], Rev. Per. Neurol. (Vol 5 Nº 2) Recuperado en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/neurologia/v05_n2/s%EDndrome_hiperactiv.htm
4. Marsha D. Rappley, M. (2005) Attention Deficit-Hyperactivity Disorder [en línea], N Engl J Med 2005; 352:165-173 Recuperado en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp032387> (2012, 05 de marzo).
5. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007) Importancia de la Evaluación Adecuada de los Pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. 46(7):894-921, Jul 2007.
6. Brunton, L. Lazo, J. Parker, K. (2007) Agonistas y Antagonistas Adrenérgicos. Goodman & Gilman, Las bases farmacológicas de la Terapéutica. (pp. 259 y 263) (11a. ed.) Buenos Aires: Mc Graw Hill.
7. Confederación Médica de la Republica Argentina (2005) 10.04 Tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Formulario Terapéutico Nacional (10ma. ed.) (pp. 321 -322) Buenos Aires: COMRA.
8. Arizaga, C. (2008) La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos. Informe final. Recuperado el 05 de marzo de 2012, del sitio Web de Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR – Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires: http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/info%20final%20Dic%202008_medicalizacion%20en%20la%20infancia.pdf

9. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría (2010) Consumo de psicofármacos en niños en edad escolar: una encuesta de la ciudad de Buenos Aires ISSN 0327-6139, 325-329. Nº 93. Volumen XXI. Buenos Aires: Polemos.

Recibido: 02/12/12

Aceptado: 27/02/13