

Utilidad de distintas pruebas diagnosticas en DAH.

Tema

Déficit de Atención e Hiperactividad (diagnóstico)

Pregunta

En Niños de edad escolar, ¿cual es la utilidad de las escalas de conducta y otras pruebas en el diagnóstico del Síndrome de Déficit de Atención e Hiperactividad (DAH)?

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: 018 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 attention-deficit/hyperactivity disorder. American Academy of Paediatrics. Paediatrics. 2000 May;105(5):1158-70. Review

Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Summary, Technical Review: Number 3, August 1999. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/adhdsutr.htm>

Estudio	Escala de conducta	Edad	Sexo	Probabilidad pre-test (IC 95%)	Probabilidad post-test (IC 95%)	Cociente de probabilidad (IC 95%)
Conners 1997	Conners-DSMIV-profesores	6-17	Todos	10,3% (8,2-12,7)	28 (22-30)	3,7 (3,2-4,2)
Conners 1997	Conners-DSMIV-padres	6-17	Todos	10,3% (8,2-12,7)	22 (18-24)	3,4 (2,8-4,0)

Valoración crítica

En general, todos los estudios han sido realizados en condiciones ideales y estos instrumentos pueden funcionar peor en las condiciones habituales de una consulta de atención primaria. Las escalas de comportamiento general no son útiles como herramienta de diagnóstico en las condiciones que se realizan las consultas de atención primaria. El tamaño del efecto de 2 equivale a una sensibilidad y especificidad >86%

El análisis de seis estudios sobre la relación entre los niveles elevados de plomo y DAH mostraron que los niveles de plomo no son útiles como herramienta general para el diagnóstico

de DAH. Esto se acentúa por el hecho de que la prevalencia de DAH está incrementándose y los niveles de plomo en la población están disminuyendo.

El análisis de 4 estudios no mostraron relación entre alteraciones de la función tiroidea y DAH.

La evidencia actual no apoya el uso de test de la función tiroidea como diagnóstico de DAH.

7 estudios de imagen del cerebro (Tomografía Computada y Resonancia Magnética), realizados con el objetivo de detectar posibles diferencias morfológicas cerebrales en niños con DAH, no fueron capaces de demostrar hallazgos característicos de esta patología. Los procedimientos de imagen, por lo tanto, no son útiles para el diagnóstico de DAH.

8 estudios de los patrones de Electroencefalograma (EEG), no encontraron anomalías específicas en comparación con los controles normales, aunque algunos estudios encuentran diferencias significativas en algún tipo de ondas. La heterogeneidad entre los estudios valorados indica que el EEG no debería ser indicado de rutina como prueba para el diagnóstico de DAH.

El test de Conners (escala de conducta específica: mide la impulsividad, falta de atención e hiperactividad), no es útil como herramienta para el diagnóstico debido al bajo cociente de probabilidad post- test comparado con el Gold-Standard (DSMIV). No hemos incluido otras escalas que no se comparan con el DSMIV. El tamaño del efecto de 3.0 significa una sensibilidad y especificidad del 94% con respecto a los controles normales. Pero, según se comenta en la guía, estos instrumentos pueden funcionar peor en las condiciones habituales de trabajo en la consulta.

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

Como pediatra de atención primaria es para mí de gran utilidad conocer que sólo el DSMIV, bien utilizado, es un instrumento preciso de diagnóstico. Simplifica el manejo de esta entidad, donde solo se muestra efectiva una entrevista semiestructurada, intentando verificar en el niño que consulta si presenta los criterios que definen esta entidad, contrastando la información de los padres con la información de los profesores y otros escenarios en caso de discrepancias entre las fuentes informantes Tanto las escalas específicas como generales no son útiles para el diagnóstico de DAH.

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

Debería incrementar mi formación en el uso del DSMIV y, a todo niño sospechoso de padecer un DAH, procurarle un espacio programado de consulta para evaluar con detenimiento su diagnóstico.

¿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.

¿Cómo podría observar los cambios realizados?

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

Observaciones

Esta entidad, muy prevalente en la infancia, es diagnosticada usando un consenso de expertos que es el DSMIV, validada 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. Posiblemente es necesario la realización de estudios para encontrar mejores herramientas de diagnóstico de esta entidad.

Referencias

1. Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Summary, Technical Review: Number 3, August 1999. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/adhdsutr.htm>
2. Lord J, Paisley S. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of methylphenidate for hyperactivity in childhood. London: National Institute for Clinical Excellence, July 2000.
3. 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.