

El trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat: una epidèmia americana que arriba a Europa?

Recentment, la introducció per part de l'FDA d'una nota explicativa sobre els possibles efectes cardiotòxics al prospecte dels preparats amfetamínics utilitzats al tractament del que es coneix com a trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) segons la denominació DSM-IV o trastorn de l'activitat i l'atenció de la CIM-10 de l'OMS, ha activat una certa polèmica respecte aquest diagnòstic psiquiàtric infantil i el seu tractament.¹

Una simple cerca a qualsevol buscador genèric d'Internet mostra que amb les sigles de TDAH apareixen prop de 500.000 referències, mentre que si es fa servir les sigles angleses ADHD n'apareixen més de 160 milions. En aquesta àgora pública que és Internet trobem aportacions de tota mena, des de la companyia farmacèutica que anuncia els possibles beneficis del seu medicament², fins al missatge apocalíptic que acusa la ciència mèdica d'estar intoxicant els infants amb drogues³, passant per voluntarioses associacions de familiars de TDAH, clíniques privades per al tractament d'adults amb TDAH, aportacions des de diverses perspectives psicològiques a la comprensió d'aquesta entitat.

D'altra banda i en un altre nivell, podem observar com el tractament del TDAH també ha rebut l'atenció de les agències públiques. En els darrers anys han aparegut monogràfics específics als butlletins terapèutics andalus⁴ i basc⁵, així com una revisió editada pel NICE anglès⁶.

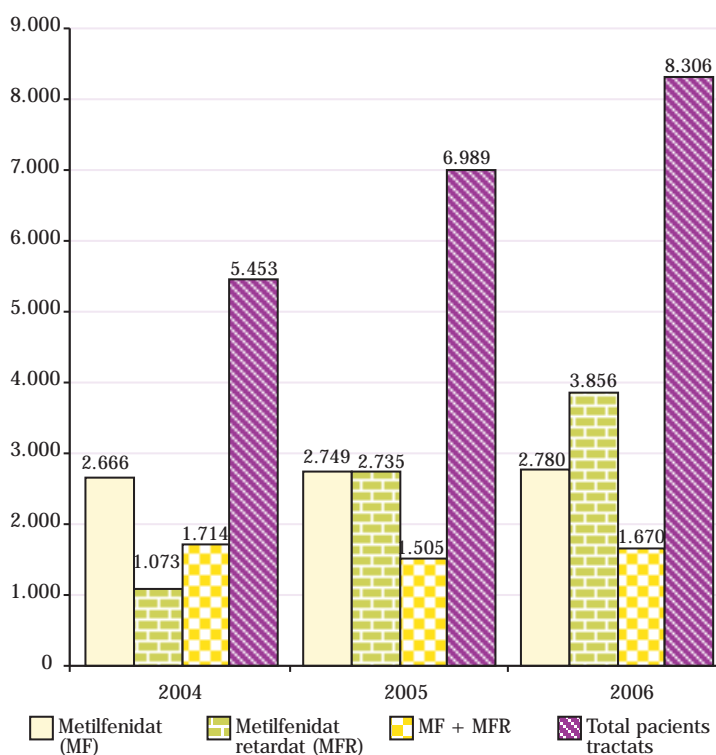
Però què fa que usuaris, mitjans de comunicació, educadors, administració i professionals comparteixin un mateix interès per aquest tema? Probablement, el fet que el seu diagnòstic s'hagi multiplicat per 20 en alguns països del nostre entorn⁷ i que el consum de medicaments pel seu tractament i la despesa farmacèutica associada hagi crescut de manera alarmant. A la figura 1 es pot observar un increment del 52,3% (2004-2006) en el nombre de pacients menors de 18 anys tractats a l'RSB, i que un 66,5% dels més de 8000 nens tractats l'any 2006 tenen prescrita la forma retardada, sola o en combinació.

Segons algun punt de vista això és una bona notícia, ja que per fi hauríem trobat una categoria diagnòstica en psiquiatria infantil, que comporta un tractament farmacològic relativament senzill i amb exitosa eficàcia. Les coses són, però, una mica més complexes, repassem-ne algunes.

La definició diagnòstica de TDAH té moltes llacunes, amb una definició diagnòstica molt laxa (molt més en la versió americana que la de l'OMS): com totes les classificacions en psiquiatria no basades en paràmetres biològics coneguts, no deixa de ser un conjunt de símptomes i signes elevats a la categoria de trastorn, però en aquest cas el que és realment alarmant és que s'afirma que la comorbiditat psiquiàtrica en aquest trastorn arriba al 75% dels casos segons alguns estudis⁸.

D'altra banda, l'existència d'un nou medicament "recuperat" ha estat un camp abonat per a una nova campanya de la indústria farmacèutica. Des de l'aparició, l'any 2000 als EUA i l'any 2003 a Espanya, d'una versió retardada del metilfenidat

Figura 1. Evolució del consum de metilfenidat en menors de 18 anys a l'RSB



(amfetamina utilitzada des dels anys 30 per al tractament del TDAH), hem assistit a una pràctica que comença a ser habitual quan una nova forma medicamentosa, amb un cost que multiplica exponencialment el possible benefici, desembarca en el mercat de la salut.

S'ha intentat que augmenti la detecció del trastorn, se l'ha popularitzat, és en boca de pares i mestres, és una etiqueta que els dona una pretesa esperança que aquell nen tant mogut, que molesta a casa i a l'escola, que no té un bon rendiment escolar i esgota aquells qui l'envolten, serà aturat per una pastilla amb beneficis espectaculars.

També s'ha descrit com un trastorn crònic, el que és el mateix, que ha de ser tractat crònicament. Així, un dels camps oberts és el tractament dels adults amb un suposat trastorn d'hiperactivitat que no fou "ben" diagnosticat i/o tractat en el seu moment. Entre març de 2002 i juny de 2005, el nombre de prescripcions per a majors de 19 anys ha incrementat als EUA un 90%, i ja representa més del 30% del total de prescripcions⁹.

Però també hi ha qui proposa avançar el tractament farmacològic a l'edat preescolar, malgrat els criteris diagnòstics "oficials" requereixen fer el diagnòstic més enllà de l'àmbit familiar: a l'escola o al treball¹⁰.

Com en altres ocasions, quan s'ha volgut donar una vernís de prestigi, s'ha començat a buscar personatges famosos històrics que compartissin el diagnòstic. Així, s'ha popularitzat la llegenda que tant Churchill com Einstein havien estat nens amb TDAH (per cert, Einstein donaria per escriure un llibre sencer de psicopatologia ja que, a més del premi Nobel de física, se li atribueixen diversos diagnòstics psiquiàtrics: síndrome d'Asperger, TDAH, fòbia social...).

No fa la impressió d'una campanya de màrqueting per guanyar compradors d'un producte? Perquè una altra gran estratègia passa per donar carta de científicitat a aquest trastorn, catalogant-lo de trastorn crònic (sota quin criteri?) d'etiologia desconeguda, però de base genètica encara per descobrir i amb repercussions neurobiològiques difuses.

En realitat, el TDAH consisteix en un conjunt de símptomes sovint associats i sovint combinats amb altres trastorns psico(pato)lògics, que es pot entendre com el resultat de múltiples factors probablement ambientals, i del desenvolupament físic i psicològic.

Malgrat que es propugna que el diagnòstic ha de ser fet per un especialista i que el tractament de l'individu (però també de la família i/o personal escolar) ha de ser sempre multifactorial, psicològic i, només quan és necessari, mèdic, la realitat és que a la pràctica s'està estenent la medicació com el component primordial, quan no únic, d'aquest complex trastorn. També és preocupant com a estratègia que evita la corresponsabilitat d'allò que està passant als familiars i educadors, defugint dels aspectes relacionals sempre presents en psiquiatria i psicologia; ja que s'entén que l'únic objecte d'atenció-intervenció haurà de ser la persona-infant que és tractat amb un medicament.

Aquesta medicació, a més, presenta una forta discussió i controvèrsia sobre els riscos associats, no sempre ben definits. S'ha fet al·lusió a la disminució del creixement, tics motors, risc de drogodependència o alteracions cardíaques. Si bé tots aquests efectes adversos no estan prou ben documentats, sí es recomana fer un seguiment del desenvolupament pondoestatural i de la tensió arterial. Recentment s'ha alertat del risc potencial de mort súbita i cardiotoxicitat, si bé en els pocs casos comunicats existien altres factors de risc associats que també hi podien contribuir.^{1,5,10}

Més enllà dels riscos intrínsecs de qualsevol medicament, potser el major risc que estem corrent en utilitzar el tractament farmacològic d'un trastorn psiquiàtric-psicològic infantil amb múltiples facetes expressives, és tot el que deixem de fer, en espera de la solució centrada en el medicament.

Pediatres, metges psiquiatres, psicòlegs clínics i escolars, psicopedagogs, mestres i pares, hem de participar activament en l'atenció als infants diagnosticats de TDAH de manera integradora, amb l'objectiu de fer front a aquesta expressió simptomàtica d'un patiment multicausal, amb necessitat de múltiples estratègies per a la seva resolució.

David Clusa

Psiquiatre. Hospital Sant Pere Claver, Barcelona.

Ferran Cachadiña

Pediatre. Mútua de Terrassa

Bibliografia

1. Nissen SE. ADHD Drugs and Cardiovascular Risk. *N Eng J Med.* 2006;354:1445-8.
2. Janssen-Cilag. www.trastornohiperactividad.com (juny 2007).
3. Anónimo. La cocaína pediàtrica y el TDAH. www.equinoxio.org/columnas/la-cocaína-pediàtrica-y-el-tdah-802-802/ (juny 2007).
4. Anónimo. Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad pediàtrico. *Bol Ter Andal.* 2004;20(6):21-24.
5. Anónimo. Trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en el niño-adolescente. *Infac.* 2006;14(9):37-42.
6. NICE. Methylphenidate, atomoxetine and dexamfetamine for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. NICE Technology Appraisal Guidance 98. March 2006. London: National Institute for Clinical Excellence. www.nice.org.uk (jun 2007).
7. Schmidt-Troschke SO, Ostermann T, Melcher D, et al. The use of methylphenidate in children: analysis of prescription usage based in routine data of statutory health insurance bodies concerning drug prescriptions. *Gesundheitswesen* 2004;66(6):387-92.
8. Wilens TE, Biederman J, Brown S et al. Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41(3):262-8.
9. Okie S. ADHD in adults. *NEJM.* 2006;354:2367-41.
10. Handen BL, Feldamn HM, Lurier A, Murray PJ. Efficacy of methylphenidate among preschool children with developmental disabilities and ADHD. *J Am Child Adolesc Psychiatr.* 1999;38:805-12.