

# TDAH, complexitat i prudència

---

7SETmanal (25/02/2016)

**En nens i adolescents el trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH) té un diagnòstic exclusivament clínic, cosa que fa difícil estandarditzar el diagnòstic, la indicació de tractament i l'avaluació de l'eficàcia. Els articles que revisem posen de manifest que els nens nascuts a finals d'any (els més petits de la classe) tenen més probabilitat de ser tractats per TDAH que els seus companys més grans, que els nens que fan tractament amb estimulants dormen pitjor i que la qualitat de l'evidència que avala el tractament és baixa.**

En els darrers mesos s'han publicat a la literatura científica articles sobre diversos aspectes del trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH) i el seu tractament. El TDAH és una entitat el diagnòstic de la qual és clínic, a través del reconeixement d'una dificultat excessiva en l'atenció, hiperactivitat i impulsivitat, en nens de menys de 12 anys, que afecta el seu funcionament o desenvolupament. Ens ha semblat interessant fer-ne un recull, tenint present que el TDAH planteja reptes mèdics, econòmics, socials i culturals que encara s'han de resoldre.

El primer article de Medicina Clínica confirma amb dades de nens i nenes de 6 a 12 anys del nostre mitjà (Castelló), que els nens amb menys edat relativa (els més petits de la classe) tenen més probabilitat de ser tractats per TDAH que els seus companys més grans. La prevalença de tractats amb metilfenidat i/o atomoxetina s'incrementa amb l'edat i amb el mes de naixement, des del 0,79% per als nascuts al mes de gener, al 2,24% per als nascuts al desembre. El sexe també va influir, el gradient de tractament en relació amb el mes de naixement va ser significatiu en els nens ( $p < 0,001$ ), però no en les nenes ( $p 0,059$ ). Els nens que van néixer al desembre van tenir gairebé 3 vegades més probabilitats d'estar en tractament per al TDAH que els nascuts al gener (*odds ratio* [OR] 2,81, interval de confiança [IC] 1,53-5,16).

Segons conclouen els autors, aquesta situació podria explicar-se perquè els nens més immadurs afronten exigències escolars massa altes en els primers anys d'escolarització que podrien contribuir a comportaments propers al TDAH i/o a que els professors interpretin els comportaments d'aquests nens més immadurs com a típics del TDAH. La implicació assistencial més rellevant, més enllà de la implementació d'estratègies d'incorporació a l'escolarització obligatòria més flexibles, és que els professionals haurien de ser prudents a l'hora d'etiquetar i prescriure tractament del TDAH en nens de 6 a 9 anys que han nascut a final d'any, a fi d'evitar el sobrediagnòstic i el sobretractament amb fàrmacs que tenen efectes adversos potencials.

El segon article al que fem referència, publicat a *Pediatrics*, és una metanàlisi d'assajos clínics aleatoritzats (9 ACA, N=246) fets amb nens/adolescents diagnosticats de TDAH, randomitzats al tractament amb estimulants i que avaluaven el son amb actigrafia o polisomnografia. L'objectiu era determinar l'efecte de la medicació estimulants sobre el son.

La medicació estimulants va augmentar el temps de latència (des de l'inici del son fins l'aparició del primer episodi REM), va empitjorar l'eficàcia (temps de son/temps al llit) i va disminuir la durada del son. Per al temps de latència, la freqüència de dosificació va ser un moderador important, de manera que quan el fàrmac estimulants era pres més cops per dia, més augmentava el temps de latència del son. Altres factors moderadors de l'efecte perniciosos dels estimulants sobre el son van ser el temps que el nen/adolescent portava prenent la medicació (més durada de tractament, menys efecte negatiu sobre el son), nombre de nits avaluades (per cada nit addicional avaluada, disminuïa la magnitud de l'efecte negatiu), avaluació feta amb polisomnografia o actigrafia (la polisomnografia detectava magnituds superiors de l'efecte negatiu dels estimulants sobre el son) i gènere (menys efecte en nenes).

Malgrat les limitacions de la metanàlisi, derivades dels pocs estudis publicats, la poca variabilitat dels dissenys i la manca de dades dels estudis no publicats, hi ha evidència de bona qualitat que demostra que els nens/adolescents que prenen medicació estimulants dormen pitjor. Cal que els professionals tinguem en compte aquests efectes a l'hora

d'optimitzar la indicació de tractaments estimulants per al TDAH i ajustar-ne la dosi i la posologia.

El darrer article d'aquest recull és una revisió sistemàtica feta seguint la metodologia Cochrane i publicada al BMJ, que tenia l'objectiu d'avaluar els riscos i beneficis del tractament amb metilfenidat segons les dades d'assajos clínics aleatoritzats (ACA).

Es van incloure 38 ACA de grups paral·lels (N=5.111, mediana de durada del tractament de 49 dies) i 147 ACA de grups creuats (N=7.134, mediana de 14 dies de tractament). L'edat mitjana dels participants va ser de 9,7 anys.

Els resultats de la metanàlisi suggereixen que metilfenidat pot millorar els símptomes de TDAH reportats pels professors (diferència de mitjanes estandarditzada [DME] -0,77, IC -0,90 a -0,64; 19 ACA de grups paral·lels; N=1698). Això es correspon a una diferència mitjana de -9,6 punts en l'escala de qualificació de TDAH; es considera clínicament rellevant una diferència de -6,6 punts. També es va observar millora en el comportament general reportat pels professors (DME -0,87, IC -1,04 a -0,71; 5 ACA de grups paral·lels; N=668) i en la qualitat de vida dels nens i adolescents diagnosticats de TDAH reportada pels pares.

Tenint en compte el curt període de seguiment típic dels estudis disponibles, hi ha certa evidència que metilfenidat s'associa a augment d'efectes adversos no greus, com problemes de son i disminució de la gana, però no s'ha trobat evidència que augmenti el risc d'efectes adversos greus.

L'avaluació de la qualitat de l'evidència obtinguda seguint la metodologia GRADE va ser de "molt baixa qualitat" a causa de l'alt risc de biaix i heterogeneïtat i segons les guies Cochrane, el 96,8% dels ACA es va considerar que tenien un risc de biaix alt.

A la llum dels resultats dels estudis presentats, es fa evident que cal ser cautelosos a l'hora de posar el diagnòstic de TDAH en nens i adolescents, que cal ser prudents a l'hora de prescriure uns tractaments amb uns efectes beneficiosos i perjudicials incerts, donat la

baixa qualitat de l'evidència disponible i el curt període de seguiment dels estudis i, sobre tot, que és urgent disposar d'evidència de qualitat sobre eficàcia i seguretat dels tractaments farmacològics i no farmacològics del TDAH.

**FONT:**

<http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=ArticlePage&id=843>

**BIBLIOGRAFIA:**

- Librero J, Izquierdo-María R, García-Gil M, Peiró S. [Children`s relative age in class and medication for attention-deficit/hyperactivity disorder. A population-based study in a health department in Spain]. Medicina clinica. 2015 Dec 7; 145 (11) :471-6. [link](#)
- Kidwell KM, Van Dyk TR, Lundahl A, Nelson TD. Stimulant Medications and Sleep for Youth With ADHD: A Meta-analysis. Pediatrics. 2015 Dec; 136 (6) :1144-53. [link](#)
- Storebø OJ, Krogh HB, Ramstad E, Moreira-Maia CR, Holmskov M, Skoog M, Nilausen TD, Magnusson FL, Zwi M, Gillies D, Rosendal S, Groth C, Rasmussen KB, Gauci D, Kirubakaran R, Forsbøl B, Simonsen E, Gluud C. Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: Cochrane systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomised clinical trials. BMJ (Clinical research ed.). 2015 Nov 25; 351 :h5203. [link](#)