

LA DISTRIBUCIÓN Y CONSUMO DE METILFENIDATO EN COLOMBIA

UNA APROXIMACIÓN

José A. Posada-Villa, MD Psiquiatra

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

Asesor UAE Fondo Nacional de Estupefacientes

El clorhidrato de metilfenidato es un estimulante del sistema nervioso central utilizado para el tratamiento del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), un trastorno psiquiátrico que afecta principalmente a niños y jóvenes en edad escolar. También se prescribe para la narcolepsia, la obesidad y algunos tipos de depresión, y es el medicamento psicoestimulante más común a nivel mundial (1).

Según un informe de la JIFE del año 2014, hubo un aumento del 66 % en el consumo mundial de metilfenidato (2).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015, del Ministerio de Salud y Protección Social, la prevalencia de TDAH es de 3% en el último año, lo que representa aproximadamente 317.665 casos a nivel nacional (3).

Por otra parte, en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia 2011 (grados 6° a 11°) se reportan 7.315 personas con consumo de estimulantes sin formulación médica a nivel nacional (4), y en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2013 (18 – 65 años), se informa de 9.320 personas con consumo de estimulantes sin prescripción médica en el país (5).

El único proveedor legal de metilfenidato en el país es el Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE) y durante el año 2014, el 100% del metilfenidato fue distribuido a través de los Fondos Rotatorios de Estupefacientes (FRE) en todo el país.

Como lo recomienda la JIFE, “el doble objetivo del sistema de fiscalización internacional de drogas es asegurar la disponibilidad y el uso racional de las sustancias fiscalizadas para fines médicos y científicos y, al mismo tiempo, prevenir el tráfico de esas sustancias y su uso indebido” (2).

Con el fin de cumplir este cometido, entre otras cosas, se hace necesario determinar la distribución y consumo actual e ideal de este medicamento en Colombia. Para ello se utilizó información proporcionada por la UAE Fondo Nacional de Estupefacientes del Ministerio de Salud y Protección Social (FNE), sobre distribución de la forma farmacéutica de mayor uso del medicamento (metilfenidato tabletas por 10 mg, cajas por 30 tabletas) en el año 2014 en el país (6).

Esta investigación contempla tres aspectos:

1. Análisis descriptivo de la distribución de metilfenidato desde el FNE en todo el país.
2. Estimación del número de la población en edad escolar que podría padecer de TDAH en Colombia.
3. Necesidades de la población colombiana en edad escolar con TDAH en relación con metilfenidato tabletas por 10 miligramos a nivel nacional.

A partir de los datos disponibles del FNE, sobre la cantidad de tabletas distribuidas y población de niños, niñas y jóvenes en Colombia según el DANE, se calculó la distribución de metilfenidato acorde a las necesidades nacionales.

Debido a que la información acerca de distribución de metilfenidato es de cobertura nacional y todas las ventas se deben realizar con fórmula médica, estas cifras de distribución también pueden ser utilizadas como una aproximación aceptable de su consumo.

También se sabe por la literatura internacional, que el 85% de los casos con TDAH se encuentra en la población en edad escolar. Por lo tanto los cálculos se realizaron con la información sobre la población entre los 5 y 19 años en Colombia, según las proyecciones del DANE para el 2014.

Teniendo en cuenta que:

1. Muchas veces este medicamento se prescribe para ayudar al niño, niña o joven solo en la escuela o colegio, por lo que se recomienda no administrar el fármaco durante los fines de semana ni las vacaciones escolares.
2. La dosis más comúnmente prescrita es de 20 mg. (2 tabletas) al día, se planteó el supuesto de que los niños en promedio consumirían 2 tabletas al día durante 5 días a la semana por los aproximadamente 9.5 meses que dura el ciclo escolar. De manera que cada niño con TDAH consumiría 380 tabletas de metilfenidato al año. A

partir de las cifras de distribución del medicamento por parte del FNE y utilizando este supuesto, se calculó el porcentaje de niños con posible TDHA en edad escolar que reciben tratamiento farmacológico.

Los datos que se muestran a continuación indican la probabilidad de personas con este trastorno en el país.

Según las proyecciones del DANE para el 2014, la población en edad escolar (5 a 19 años), era de 10.588. 819 individuos.

Con el 3% de prevalencia de TDAH en el último año que informa la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (trabajo de campo realizado en 2014), tenemos 317.665 casos de TDAH durante el año anterior a nivel nacional.

Según la fórmula propuesta para el cálculo del metilfenidato clínicamente necesario (3 % de la población en edad escolar, con consumo promedio de 20 miligramos de metilfenidato por día, durante 5 días semanales y por 9.5 meses del año lectivo), se requirieron 4.023.756 cajas de 30 tabletas de 10 mg (120.712.537 tabletas) por año.

En el 2014, la distribución del medicamento desde el FNE fue de 146.539 cajas de 30 tabletas de 10 miligramos (4.396.170 tabletas por año) para cubrir 11.569 tratamientos por año (ver tabla 1).

Tabla 1. Tratamientos potenciales vs. Tratamientos formulados (pacientes con metilfenidato: 380 tbs x 10 mg, per cápita, durante el año lectivo) para TDAH, Colombia 2014

Pacientes	Número	%
Tratamientos potenciales	317.665	100 %
Tratamientos formulados	11.569	3,64 %

ALGUNAS CONCLUSIONES:

La información presentada en esta investigación no permite determinar si en Colombia existe en algunas regiones un sobre diagnóstico de TDAH, o hay un subdiagnóstico de estos trastornos. Sin embargo, como lo han demostrado un gran número de investigaciones en otros países, lo más probable es que tanto el sobre diagnóstico como el subdiagnóstico de TDAH estén ocurriendo simultáneamente en diferentes regiones del país (8, 9, 10).

Es importante explorar más a fondo las razones que pueden estar detrás de las diferencias entre los datos epidemiológicos sobre TDAH en Colombia y la formulación clínica del metilfenidato en los pacientes que lo requieren. De esa manera se podría reducir el riesgo de consumo de este medicamento de control en niños, niñas y adolescentes que no los necesitan, y por otra parte reducir las consecuencias negativas que sufren los usuarios de los servicios con trastornos no tratados. Otro aspecto importante es la posible desviación hacia el mercado negro para uso no médico.

La estandarización de criterios para el diagnóstico de estos trastornos podría ser una buena herramienta para mejorar la atención y tratamiento de los usuarios que así lo requieran. Además, mediante capacitación impartida por los equipos de salud, se podría lograr que los maestros mejoren su capacidad de recomendar de una manera más informada que los padres busquen la evaluación médica de niños potencialmente afectados por estos trastornos.

RECOMENDACIONES PRELIMINARES

1. Se recomienda implementar actividades de Información, Educación y Comunicación (I.E.C.) sobre el manejo del Trastorno de Deficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), con el fin de mejorar el manejo de este medicamento por los profesionales y usuarios que así lo requieran y tener mejores criterios de producción y distribución de metilfenidato por parte del FNE de manera acorde con las necesidades del país.
2. Investigar la posible derivación de este medicamento con fines de abuso (uso no médico).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Edson Perini, Daniela Rezende Garcia, Junqueira Lorena Gomes Cunha Lana, Tatiana Chama Borges Luz, Prescription, dispensation and marketing patterns of methylphenidate, Rev Saúde Pública 2014; 48(6):873-880.
2. International Narcotics Control Board (2015), 2014 Annual Report.
3. Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Javegraf.
4. Ministerio de Justicia – Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia – 2011.

5. Ministerio de Justicia – Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas – 2013.
6. UAE Fondo Nacional de Estupefacientes. Circular 014 del 06 de Agosto de 2015.
7. Peró, S. et al. Informe técnico sobre el coste-efectividad de las diferentes alternativas de tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Comissió d’Avaluació Econòmica i Impacte Pressupostari CAEIP) y el CRES. 2011. En: http://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1098/informe_efectivitat_tractament_farmacologic_tdah_2011_cas.pdf?sequen 02-10-2015.
8. Angold A, Erkanli A, Egger HL, Costello EJ. (2000). “Stimulant treatment for children: a community perspective”. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 39:797-804.
9. Jensen PS, Kettle L, Roper MT, et al. (1999). “Are stimulants overprescribed? Treatment of ADHD in four US communities”. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 38:797-804.
10. Wolraich ML. (1997). “Addressing behavior problems among school-aged children: traditional and controversial approaches”. Pediatrics Review 18:266-270.