

# Trastorno por déficit de atención, síndrome de muerte súbita y pruebas de cribado cardiológicas: situación actual

J. C. Buñuel Álvarez

ABS Girona-4. Gerona.

El trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad es el problema psiquiátrico más frecuente en niños y adolescentes, oscilando su prevalencia entre un 5,1 y un 8,1% en nuestro medio<sup>1</sup>. Cuando está indicado el tratamiento farmacológico, el metilfenidato es el medicamento de primera elección. En los últimos años se ha suscitado cierta preocupación por una posible asociación entre el tratamiento con metilfenidato y un aumento de la incidencia de casos de muerte súbita (MS). Esta preocupación ha dado lugar al planteamiento de dos cuestiones:

- ¿Existe realmente una asociación entre el uso de este fármaco y la MS?
- ¿Sería necesario realizar un electrocardiograma (ECG) en todos los niños antes de iniciar tratamiento con metilfenidato?

En los últimos meses se han publicado diversos estudios que intentan responder a ambas cuestiones.

Cooper *et al.*<sup>3</sup> publicaron un estudio cuyo objetivo era determinar si los fármacos psicoestimulantes (FP) que se prescriben para tratamiento del TDAH incrementan la incidencia de eventos cardiovasculares graves (MS, infarto agudo de miocardio [IAM] y accidente cerebrovascular [AC]). Este trabajo fue objeto de una valoración crítica detallada en *Evidencias en Pediatría*<sup>4</sup>. Los autores incluyeron en su investigación a 1 200 438 pacientes con una edad media de 11,1 años y un seguimiento medio de 2,1 años, lo que implica un seguimiento total de 2 379 104 personas/año<sup>3</sup>. Además del metilfenidato, se estudió el efecto de otros FP. Se identificaron 81 eventos cardiovasculares graves (33 MS, 9 IAM y 39 AC), lo que implica 3,1 por 100 000 personas/año. La tasa ajustada de efectos cardiovasculares graves no

difirió significativamente entre los que estaban siendo tratados con FP frente al TDAH, respecto a los no tratados con estos fármacos (*hazard ratio* o cociente de riesgos instantáneo [CRI] ajustado: 0,75; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 0,31 a 1,85) o los antiguos consumidores de los mismos (CRI: 1,03; IC 95%: 0,57 a 1,89). No hubo diferencias significativas entre los pacientes en tratamiento con FP y los no tratados (CRI ajustado: 0,70; IC 95%: 0,31 a 1,85). Tampoco hubo diferencias entre grupos al comparar cada evento cardiovascular de forma independiente, ni al estudiar solo los pacientes en tratamiento con metilfenidato (CRI: 0,96; IC 95%: 0,31 a 2,97), el fármaco más utilizado para el tratamiento del TDAH. Por lo tanto, y a la vista de estos resultados realizados sobre una muestra de cientos de miles de pacientes, parece descartarse la asociación del metilfenidato en particular con una mayor incidencia de eventos cardiovasculares de todo tipo, la MS entre ellos. Este hecho, por supuesto, no quiere decir que deba abusarse de la indicación de este fármaco. Actualmente, el problema principal en el TDAH parece ser el sobrediagnóstico y, por tanto, el sobretratamiento con FP. El verdadero “riesgo” consiste en no hacer un diagnóstico preciso del TDAH y una indicación ajustada del FP para cada paciente. Si estas etapas son correctas y se indican FP, estos parecen seguros y no aumentan el riesgo de eventos cardiovasculares.

La segunda cuestión planteada, la necesidad de realizar un ECG antes del inicio del tratamiento con metilfenidato, queda por lo tanto parcialmente respondida con lo ya expuesto. Aparicio *et al.*<sup>5</sup> revisaron el tema recientemente en *Evidencias en Pediatría*. Los autores analizaron tres estudios que abordaban esta pregunta<sup>6-8</sup>. Sus conclusiones fueron

que, por el momento (y con los datos disponibles en la actualidad) parece que el riesgo de MS debido a FP es inexistente o mínimo. Por lo tanto no se justifica, a la luz de los conocimientos actualmente disponibles, realizar en estos pacientes ECG u otras pruebas complementarias de forma sistemática. Lo más razonable es descartar, mediante la historia clínica y la exploración física, la existencia de factores de riesgo cardiaco antes de iniciar la medicación. En caso de hallarlos, estos pacientes podrían remitirse al cardiólogo, por precaución y para valoración antes de comenzar el tratamiento, que no estaría contraindicado. Finalmente, Aparicio *et al.*<sup>5</sup> finalizan su valoración con una frase que debería quedársenos grabada a todos los profesionales sanitarios que en un momento o en otro hemos de evaluar a estos niños: “El camino del TDAH está sembrado de sobrediagnóstico y sobretratamiento; no lo llenemos de sobrecribado”. No lo olvidemos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Molinero L, López Villalobos JA, Garrido Redondo M, Sacristán Martín AM, Martínez Rivera T, Ruiz Sanz F. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:251-70.
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu (coord.). Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N.º 2007/18.
3. Cooper WO, Habel LA, Sox CM, Chan KA, Arbogast PG, Cheetham TC *et al.* ADHD drugs and serious cardiovascular events in children and young adults. *N Engl J Med*. 2011;365:1896-904.
4. Aparicio Rodrigo M, González de Dios J. Nuevos datos apoyan la falta de riesgo cardiovascular de los psicofármacos empleados para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Evid Pediatr*. 2011;7:81.
5. Aparicio Rodrigo M, González de Dios J, Ramos Lizana J. ¿Es necesario realizar un electrocardiograma en todos los niños con trastorno por déficit de atención antes de iniciar tratamiento con psicoestimulantes? *Evid Pediatr*. 2011;7:80.
6. Schelleman H, Bilker WB, Strom BL, Kimmel SE, Newcomb C, Guevara JP *et al.* Cardiovascular events and death in children exposed and unexposed to ADHD Agents. *Pediatrics*. 2011;127:1102-10.
7. Thomas PE, Carlo WF, Decker JA, Cannon BC, Kertesz NJ, Friedman RA *et al.* Impact of the American Heart Association Scientific Statement on screening electrocardiograms and stimulant medications. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165:166-70.
8. Warren AE, Hamilton RM, Bélanger SA, Gray C, Grow RM, Sanatini S *et al.* Cardiac risk assessment before the use of stimulant medications in children and youth: a joint position statement by the Canadian Paediatric Society, the Canadian Cardiovascular Society and the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Can J Cardiol*. 2009;25:625-30.