

Tratamiento del trastorno por déficit de atención (con o sin hiperactividad) con fármacos estimulantes y muerte súbita

Todo es cada vez más curioso.

Alicia en el país de las maravillas. Lewis Carroll

El comentario de Alicia al llegar al país de las maravillas es plenamente aplicable a la base de conocimientos médicos, en rápida evolución. Cuanto más sabemos, más preguntas se plantean, y esta “búsqueda de la verdad” resulta desalentadora. Esto, que interviene en el proceso diario de toma de decisiones clínicas al establecer contacto con los padres y el paciente en un ambiente de sobrecarga de trabajo, es particularmente cierto por lo que respecta al tratamiento medicamentoso del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad [TDA(H)].

Durante los dos últimos años se ha recogido una gran cantidad de información sobre este tema. Los padres, a través del rápido acceso a todos los medios de comunicación, tienen conocimiento de los aspectos del tratamiento del TDA(H) y de la carga emocional que éste conlleva. Están surgiendo preguntas importantes sobre la inocuidad del uso de los fármacos estimulantes en el tratamiento del TDA(H). La reciente preocupación sobre la muerte súbita de causa cardíaca en algunos pacientes que recibían estos fármacos merece sin duda una valoración. A continuación ofrecemos un breve resumen de los datos más importantes, con relevancia clínica, sobre esta cuestión.

La muerte súbita de causa cardíaca ocurre a una tasa estimada de 1,3/100.000 años-paciente en la población pediátrica¹. A menudo se acepta este diagnóstico cuando ocurre una muerte inesperada en un individuo presuntamente sano. Aunque el estudio necrópsico puede servir de ayuda para dicho diagnóstico, a menudo tiene carácter de presunción, a falta de pruebas directas de que existiera una cardiopatía. Hasta que se pueda disponer de unos marcadores anatomopatológicos más idóneos, el diagnóstico de muerte súbita de causa cardíaca conlleva una dosis de incertidumbre.

En los últimos 5 años se ha estimado que el riesgo de muerte súbita de causa cardíaca en los pacientes que reciben metilfenidato para el tratamiento del TDA(H) es de 0,22/millón de prescripciones, y de 0,56 muertes/millón de prescripciones de anfetaminas² (el número total de fallecimientos fue de 25). No es posible comparar estas cifras con las estimaciones anteriores de la muerte súbita de causa cardíaca.

No hay duda de que el tratamiento medicamentoso del TDA(H) ofrece beneficios. En un estudio a gran escala donde se comparó la administración aislada del tratamiento medicamentoso estrechamente monitorizado o

de la terapia conductual intensiva estándar, la administración conjunta de ambos, la terapia conductual no estandarizada y la abstención terapéutica, los resultados mostraron claramente que, por lo que respecta a los síntomas de TDA(H), la combinación de la terapia conductual intensiva estándar y del tratamiento medicamentoso no era superior a este último solo³. Ambas clases de tratamiento ofrecían mejor resultado que el resto; a continuación se situó la terapia conductual estándar; la terapia conductual no estandarizada fue sólo ligeramente mejor que la abstención terapéutica³.

Al decidir el tratamiento del TDA(H) es importante reconocer los resultados negativos a largo plazo en el TDA(H) no tratado. En efecto, la falta de tratamiento se asocia a un bajo rendimiento escolar; a problemas de interacción social que conducen a una baja autoestima e incluso a una depresión, con riesgo de suicidio; a una conducta impulsiva con comportamiento temerario, lo que produce morbilidad y mortalidad; y a la toma de drogas, con sus efectos adversos sobre el estado de salud. Es evidente también que los pacientes que reciben tratamiento médico para el TDA(H) no sólo mejoran en su rendimiento escolar, sino también en los mencionados aspectos sociales y conductuales, incluido un menor riesgo de abuso de sustancias.

En la primavera de 2006, miembros del FDA Pediatric Advisory Committee celebraron unas reuniones en Washington, DC, para valorar el riesgo del tratamiento del TDA(H) con fármacos estimulantes. La conclusión de estas reuniones fue que no se daría una alerta sobre el uso de fármacos estimulantes para el tratamiento del TDA(H), sino que se reforzaría el conocimiento del problema mediante el prospecto y se recomendaría no emplear estos medicamentos en los niños con cardiopatías estructurales conocidas.

¿Qué afecta todo lo dicho al pediatra? Al igual que en muchos temas médicos basados en las pruebas disponibles, no quedarán contestadas todas las dudas que afronta el clínico. La información clínica terapéutica se obtiene a partir de los mejores datos disponibles, habitualmente un ensayo clínico bien diseñado o, en las evoluciones adversas, a base de la información epidemiológica. El médico debe valorar lo mejor posible el modo de utilizar estos datos poblacionales para tomar decisiones en cada caso individual. Ningún tratamiento se halla libre de riesgos; aunque puede cuantificarse este factor, la proporción de riesgos/beneficios del tratamiento viene determinada por una cuidadosa consideración del médico y los padres o el paciente. El Dr. Michael Jellinek ha publicado un excelente artículo sobre este

tema en el número de mayo de 2006 de *Pediatrics News*⁴.

En la toma de decisiones, es crucial disponer de las mejores pruebas científicas objetivas, conocer sus límites y puntos fuertes, y luego aplicarlas del modo más idóneo posible a una determinada situación clínica. Este enfoque debe ajustarse a las circunstancias individuales del paciente, es decir, lo que realmente significa el “criterio clínico”.

En el caso específico de los fármacos estimulantes para el TDA(H), el riesgo de muerte súbita de causa cardíaca es muy bajo, y los beneficios del tratamiento, después de una cuidadosa valoración, superan a los riesgos en los pacientes por lo demás sanos. Los beneficios a largo plazo que se obtienen al tratar el TDA(H) superan a los riesgos. Miembros de la American Academy of Pediatrics, expertos en este campo, han desarrollado una serie de normas prácticas para la valoración y el tratamiento del TDA(H)^{5,6}, que representan las pruebas más idóneas disponibles para guiar al clínico.

Como en toda decisión clínica, cualquier nueva información relevante debe valorarse críticamente. El clínico debe conocer los nuevos datos y el valor que poseen, en lo que basará su toma de decisiones. Existen otras muchas voces económicas, políticas, de celebridades y otras no basadas en la evidencia, que tratan de influir en la toma de decisiones clínicas. Cualquiera que sea su intención, no ayudan a cumplir un tratamiento eficaz.

En calidad de pediatras, hemos de seguir protegiendo a nuestros pacientes a este respecto. Debemos conocer otros tratamientos y la validez, o la falta de validez, que poseen. Hemos de apoyar el desarrollo de tratamientos

medicamentosos en el niño, a través de ensayos clínicos pediátricos bien diseñados. Debemos ser capaces de comunicarnos eficazmente con nuestros pacientes y sus familias sobre cualquier tratamiento, sea cual sea su procedencia. Hemos de mantener una actitud abierta y permitir que la revisión crítica de las pruebas clínicas sea la base de nuestros conocimientos, a través de los cuales actuamos.

MATTHEW KNIGHT, MD
OSFMG Morton Pediatrics, Morton, Illinois, Estados Unidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Driscoll DJ, Edwards WD. Sudden unexpected death in children and adolescents. *J Am Coll Cardiol.* 1985;5 (6 suppl):118B-21B.
2. Gorman RL. FDA panel recommends black box warning on ADHD stimulant medications. *AAP News.* 2006;27:16.
3. MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multimodal Treatment Study of Children With ADHD. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56:1073-86.
4. Jellinek MS. Of risks and benefits, bicycles and Ritalin. *Pediatr News.* 2006;27.
5. American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics.* 2000;105:1158-70.
6. American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: treatment of the schoolaged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics.* 2001;108:1033-44.