

TDAH: Proceso diagnóstico. Caso Clínico

*Joaquín Ruiz Riquelme
Manuel Reus Martínez
Eva Imbernón Pardo
Cristina Tobias Imbernón*



Medicina

 **3ciencias**

TDAH:

Proceso diagnóstico.

Caso Clínico

Autores:

1. Joaquín Ruiz Riquelme. Facultativo del Servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental de Caravaca de la Cruz, Área IV. Región de Murcia.
2. Manuel Reus Martínez. Facultativo del Servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental de Caravaca de la Cruz, Área IV. Región de Murcia.
3. Eva Imbernón Pardo. Facultativo del Servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental de Molina de Segura, Área VI. Región de Murcia.
4. Cristina Tobías Imbernón. Facultativo del Servicio de Psicología Clínica del Centro de Salud Mental de Molina de Segura, Área VI. Región de Murcia.



Editorial Área de Innovación y Desarrollo, S.L

Quedan todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, distribuida, comunicada públicamente o utilizada, total o parcialmente, sin previa autorización.

© del texto: **el autor**

ÁREA DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO, S.L.

C/ Els Alzamora, 17 - 03802 - ALCOY (ALICANTE) info@3ciencias.com

Primera edición: **Julio 2016**

ISBN: **978-84-945785-3-3**

Registro: <http://dx.doi.org/10.17993/Med.2016.21>

A nuestras familias

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	9
2. CASO CLÍNICO	11
3. ACTUACIÓN EN EL COLEGIO	13
3.1. Informe EOEP	13
4. CONCLUSIONES DE LA INTERVENCIÓN EN EL COLEGIO	17
5. INTERVENCIÓN EN EL PEDIATRA/MAP	19
5.1 Exploración física	19
5.2 Exploración neurológica	19
5.3 Pruebas complementarias.....	19
5.4 Derivaciones	19
6. CONCLUSIONES DE LA INTERVENCIÓN PEDIÁTRICA	21
7. INTERVENCIÓN EN EL CSM INFANTOJUVENIL.....	23
7.1 Historia clínica Infantojuvenil.....	24
7.2 Exploración psicopatológica.....	26
7.3 Exploraciones complementarias y derivaciones	27
7.4 Juicio diagnóstico	27

7.5 Intervención	27
8. DISCUSION Y CONCLUSIONES GENERALES.....	29
9. BIBLIOGRAFÍA	31

1. INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la infancia, ya que se estiman unas cifras de prevalencia en torno al 5%, si bien estos datos varían notablemente de unos estudios a otros (1, 2). Su origen es multicausal y provoca dificultades en los niños y adolescentes que lo padecen, siendo las más representativas (1, 2):

- Problemas de atención.
- Problemas de hipercinesia.
- Problemas de impulsividad.

Si bien es cierto que además de estos problemas hay una serie de funciones ejecutivas afectadas que limitan el adecuado funcionamiento global del niño o el adolescente y que provocan dificultades de adaptación y problemas de conducta (1, 2).

En los últimos años se está produciendo en España una importante divulgación de dicho trastorno, lo que se traduce en un aumento en la demanda de su valoración en los Centros de Salud Mental Infantojuvenil (CSMIJ) (1, 2).

En la Región de Murcia existe un protocolo para la detección, evaluación y tratamiento del TDAH, que se realizó de manera conjunta entre profesionales de la Consejería de Educación y de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, y cuya finalidad es la coordinación entre los diferentes profesionales que intervienen con el menor de tal manera que el diagnóstico y los recursos que se planteen para su resolución se desarrollen de la manera más precoz posible ya que son niños con una inteligencia conservada y a pesar de ello una limitación de su adecuado funcionamiento global por las limitaciones que les provoca el TDAH (2).

La necesidad de coordinación entre diferentes profesionales es fundamental ya que en el seguimiento del menor están implicados tanto el maestro o tutor, el psicopedagogo del centro educativo, el pediatra o médico de familia (dependiendo de la edad del menor), el facultativo especialista

(psiquiatra o psicólogo) del Centro de Salud Mental Infantojuvenil (CSMIJ) y por supuesto los padres, que en la medida de lo posible son el vehículo que transporta la información de un recurso a otro (2).

El desarrollo de este protocolo ha significado una mejora sustancial en la atención de los niños que acuden al CSMIJ, ya que en el momento de la primera visita acuden con (2):

- Un informe de su centro educativo, elaborado por el Equipo de Orientación Psicopedagógica (EOEP) en el que se han valorado problemas de lectoescritura, emocionales, atencionales, así como su rendimiento en el aula, su comportamiento con el resto de alumnos y muchos otros datos de especial interés para el clínico.

- Un informe del pediatra.

Esta es la situación ideal pero a lo mejor por la dificultad que supone coordinar tantos profesionales no siempre es así en la práctica clínica diaria.

A lo largo de este trabajo intentaremos exponer de una manera práctica, con el desarrollo de un caso clínico ficticio, el recorrido que realiza un menor desde que surge la sospecha de TDAH hasta que se establece el diagnóstico por parte del Facultativo Especialista, por tanto seguiremos el flujograma que establece el Protocolo (2).

El caso clínico es ficticio y las pruebas realizadas también pero se intenta reflejar la situación idónea y todas las pruebas que un clínico considera de importancia para la realización del diagnóstico, no siendo siempre tan exhaustivas las valoraciones reales, de hecho determinadas pruebas no aparecen indicadas en el protocolo aprobado para la evaluación de niños con TDAH pero como en ocasiones han sido realizadas por los distintos profesionales implicados y han resultado de utilidad para el diagnóstico las reflejaremos en este trabajo.

2. CASO CLÍNICO

X es un niño de 7 años, que vive con sus padres y con 2 hermanos, asiste al colegio con regularidad y en principio no existe ningún factor estresante que le afecte en su día a día.

Los padres de X están un poco preocupados porque el momento de tener que empezar por las tardes con la tarea escolar se convierte en una lucha constante, X nunca quiere hacer las tareas y éstas se eternizan durante toda la tarde necesitando que uno de sus padres este pendiente de él.

Hace un par de semanas fueron a hablar con su tutora que lo conoce desde el año pasado y les dijo que la letra de X era muy mala y que se distraía mucho en clase, llegando a interrumpir en ocasiones (hablando con compañeros o moviéndose en la silla).

No presenta desfase curricular pero es evidente que le cuesta más que al resto de los compañeros, la profesora plantea a los padres la posibilidad de que sea valorado por el EOEP para ver si precisa algún tipo de apoyo, al menos de lectoescritura.

Los padres preocupados y colaboradores en todo momento aceptan, al ver las dificultades que su hijo presenta.

3. ACTUACIÓN EN EL COLEGIO

El Psicopedagogo cita a los padres y a X y les explica que debe tener una serie de reuniones con ellos y con X para realizar una serie de cuestionarios y valorar posibles problemas de aprendizaje. Con los resultados y las entrevistas realizadas emitirá un informe y si fuera necesario se instaurarían medidas educativas (2).

Al finalizar la valoración el EOEP emite el siguiente informe:

3.1. Informe EOEP

1. Motivo de evaluación

Niño valorado a petición de tutora y padres por presentar problemas en el aprendizaje y una negativa inusual al desempeño de las tareas académicas.

2. Historia escolar

Se encuentra escolarizado en 2º de primaria en el mismo centro en el que empezó su actividad académica a los 3 años. Su asistencia al centro es regular no presentando faltas injustificadas y su adaptación es buena, no reflejando su expediente ninguna medida disciplinaria. No presenta desfase curricular aunque sí que presenta dificultad en su rendimiento académico en comparación con otros niños de su aula.

3. Contexto escolar

- El Centro Escolar: Es un centro público donde se imparte educación infantil y primaria y cuenta con recursos propios para la implantación de apoyos al disponer de maestros especialistas en audición y lenguaje, maestros en pedagogía terapéutica, fisioterapia y auxiliares técnicos.

- El aula: X esta en un aula con otros 18 niños, su tutora es la misma que tuvo el curso pasado, esta ubicado en primera fila junto a la mesa de la profesora, sus compañeros son los mismos que tuvo el curso pasado.

4. Contexto sociofamiliar

El núcleo familiar está compuesto por 5 personas. Los padres, X y dos hermanos, uno mayor y otro menor. Los padres acuden regularmente

cuando son citados por la tutora y se muestran implicados en la educación de los hijos.

Padre: 38 años. Transportista. Con estudios primarios. Duerme en casa y colabora en la educación de los niños.

Madre: 36 años. Sus Labores. Con estudios primarios. Es la principal encargada de la educación de los niños:

Hermano Mayor: 9 años. Cursa 4 de primaria.

Hermano Menor: 3 años. En educación Infantil.

5. Tareas escolares

No finaliza las tareas en horario escolar, llevando tareas a casa. Rechazo a iniciar la tarea en casa dejándolo todo para última hora y necesitando supervisión constante para finalizarlas. En el colegio es incapaz de pedir ayuda cuando la necesita.

6. Capacidad cognitiva

Se administra Escala de Inteligencia para niños para establecer la capacidad cognitiva y se obtiene un CI de 124 que indica una capacidad cognitiva alta, siendo la puntuación más baja velocidad de procesamiento (posiblemente por la impulsividad de las respuestas). Ante estos resultados se sigue protocolo para niños con Altas Habilidades donde obtiene un Percentil 4 en la valoración de la atención.

7. Capacidad comunicativa

En el lenguaje escrito X presenta una grafía distorsionada y hace mal la pinza, siendo necesario trabajar la escritura.

En relación al lenguaje oral, presenta un vocabulario adecuado a su edad.

En cuanto a la expresión oral, es adecuada para su edad.

8. Capacidad atencional

Se utiliza un cuestionario cumplimentado por el tutor y los padres, obteniendo en Hiperactividad y Déficit atencional un percentil 97 que lo sitúa por encima del punto de corte.

9. Funciones ejecutivas

Se evalúan las funciones ejecutivas obteniendo puntuaciones en algunos valores, por debajo de la media, resultado significativo si se tiene en cuenta su capacidad cognitiva, detectándose escasa flexibilidad cognitiva y dificultades de inhibición.

10. Estilos de aprendizaje

No es capaz de permanecer atento a las explicaciones de la tutora durante más de 10 minutos, su constancia en el trabajo es baja aunque responde a los refuerzos positivos, afronta la tarea de un modo impulsivo, no finalizándola habitualmente, es un niño extrovertido, alegre e integrado en el grupo aunque se pelea con facilidad y le gusta llamar la atención.

11. Intervención educativa

Podemos definir a X, como un niño con capacidad cognitiva normal-alta, que presenta disgrafía y necesita:

- Desarrollar hábitos atencionales.
- Aumentar motivación hacia los aprendizajes.
- Aumentar autonomía en el trabajo.
- Trabajar el trazo y la escritura.

12. Conclusiones

En función de los resultados obtenidos, X recibirá apoyo ordinario por la maestra especialista de Audición y Lenguaje, que incidirá en las dificultades disgráficas. Presenta indicadores de TDAH por lo que deriva a CSMIJ dando orientaciones a la tutora, el equipo docente y por supuesto a la familia incidiendo en aspectos metodológicos dirigidos a compensar su posible TDAH hasta confirmación o desestimación diagnóstica.

4. CONCLUSIONES DE LA INTERVENCIÓN EN EL COLEGIO

Como podemos comprobar a través de las intervenciones realizadas en el colegio, es fundamental el informe del EOEP para la correcta evaluación del paciente con TDAH al informar de cualquier aspecto académico que pueda provocar una merma en el adecuado funcionamiento global del menor y de las medidas académicas que se van a aplicar para intentar solucionarlas (2).

Los aspectos que se evalúan dependen de las dificultades que el menor presente y no siempre son tan extensos de hecho varias pruebas aquí mencionadas no se reflejan en el Protocolo, no siendo el objetivo de este trabajo plasmar el Protocolo sino reflejar las diferentes herramientas de evaluación que se disponen en los diversos ámbitos asistenciales con los que el menor interactúa.

De hecho en la práctica clínica cuando algún menor acude al CSMIJ sin la valoración del EOEP el diagnóstico se demora al tener que remitir al paciente a su Centro Educativo para su correcta valoración, si bien es cierto que uno de los objetivos del protocolo es que esta situación cada vez sea más infrecuente y todos los pacientes sigan el flujograma del protocolo de una manera adecuada (2).

5. INTERVENCIÓN EN EL PEDIATRA/MAP

Los padres con el informe del EOEP acuden a su pediatra. Es el pediatra que ha seguido a X desde su nacimiento y le comentan la situación.

El pediatra valora la historia médica de X y comprueba que ha seguido las revisiones del niño sano y su calendario de vacunación. Su desarrollo ha sido normal no presentado antecedentes de interés.

Les explica a los padres el procedimiento a seguir y descarta patología orgánica que pudiera justificar la sintomatología realizando (2):

5.1 Exploración física

Bien de peso y talla para su edad. Buen color, nutrición y desarrollo. No dismorfias significativas. Cráneo normoconfigurado. Fascias, tórax y abdomen: normales. Locomotor: Normal. Genitourinario: masculino normal. Exploración física general normal.

5.2 Exploración neurológica

Exploración de tono muscular, fuerza y reflejos normales, cerebelo y marcha normal. Pares craneales normales y centrados.

5.3 Pruebas complementarias

- Tensión arterial: Normal.
- ECG: Normal.
- Analítica con hormonas tiroideas y prolactina: Valores todos normales excepto Fosfatasa Alcalina elevada que se justifica por la edad.

5.4 Derivaciones

Ante la sospecha diagnóstica procede a derivación a CSMIJ.

6. CONCLUSIONES DE LA INTERVENCIÓN PEDIÁTRICA

El pediatra o MAP en función de la edad del paciente, es el Facultativo que mejor conoce al menor, y que tiene mejor acceso a la información médica de éste.

Cuando acude un paciente con sospecha de TDAH debe valorar cualquier patología médica que pueda ocasionar esta sintomatología con el fin de resolverla o bien derivar al menor al Facultativo Especialista más adecuado (2).

Como veremos a continuación el diagnóstico del TDAH es un diagnóstico clínico y las pruebas complementarias que se solicitan van más encaminadas a establecer un correcto diagnóstico diferencial (1).

7. INTERVENCIÓN EN EL CSM INFANTOJUVENIL

Tras realización de hoja de derivación por parte del Pediatra/MAP al CSMIJ, el paciente es atendido por el Facultativo Especialista, bien Psiquiatra o Psicólogo Clínico (2). En el momento de recibir al paciente en primera visita, debemos contar con (2):

- Informe del Equipo de Orientación Psicopedagógico.
- Valoración del estado físico del paciente por parte del pediatra.

Todas las Guías de Práctica Clínica, así como los diferentes comités de expertos coinciden en señalar que el diagnóstico del TDAH es exclusivamente clínico (1), esto quiere decir que se basa en la correcta exploración psicopatológica del menor para valorar la presencia de los criterios diagnósticos que establecen las clasificaciones diagnósticas internacionales. Existen dos sistemas internacionales de clasificación para el diagnóstico del TDAH:

- El sistema de clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría, que es la clasificación más utilizada a nivel mundial tanto para estudios como para publicaciones.
- El sistema de clasificación de la Organización Mundial de la Salud, que se editó en 1992 y es la clasificación que se utiliza en el Servicio Murciano de Salud para codificar los diagnósticos.

Las dos clasificaciones tienen elementos en común, si bien es cierto que en la actualidad los criterios diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud son más estrictos (1).

El diagnóstico del TDAH no consiste únicamente en valorar una serie de criterios diagnósticos, se debe realizar una valoración completa que permita valorar posibles diagnósticos diferenciales y si se confirma el diagnóstico valorar comorbilidades, pues según la mayoría de los estudios llevados a cabo la frecuencia de comorbilidades en el TDAH es muy alta principalmente con los problemas de conducta como el Trastorno Desafiante Oposicionista o los trastornos del aprendizaje como la Dislexia (1).

En la práctica clínica nos encontramos con muy pocos pacientes que presenten únicamente el diagnóstico de TDAH sin ninguna comorbilidad.

La principal herramienta con la que cuenta el clínico es la entrevista clínica (1), en función de la edad del menor y de su predisposición a acudir a consulta, los datos se obtienen o bien del menor o bien de los padres. Es importante entender que en psiquiatría Infantojuvenil los tiempos de consulta son diferentes a la psiquiatría de adultos pues se debe de respetar un tiempo para los padres/tutores en consulta y otro para el paciente. Esto es especialmente importante en los adolescentes ya que de otra manera se negarían a continuar revisiones o mostrarían una actitud que dificultaría la intervención terapéutica.

7.1 Historia clínica Infantojuvenil

1. Motivo de consulta

X es un varón de 7 años, acude a petición de los padres que solicitaron valoración por el colegio al observar las dificultades académicas que presentaba. Los padres están preocupados y se muestran implicados en la problemática del menor.

2. Embarazo y parto:

El gestación de X fue una gestación sin incidencias, no hubo incompatibilidad de rh, ni hipertensión ni diabetes gestacional, la madre no consumió tóxicos ni ningún tipo de tratamiento farmacológico fue un parto a término sin instrumentalizar, con APGAR 9 en el primer minuto y 10 a los 5 minutos, pesó 3800 gramos, estuvieron 3 días hospitalizados y fueron alta a domicilio tanto la madre como X. Recibió lactancia materna durante el primer año de vida.

3. Desarrollo verbal y psicomotor

Adquirió la posición cefálica a los 4 meses; Sedestación a los 6 meses; Bipedestación a los 9 meses y deambulación a los 13 meses. Es diestro para todo (ojo, mano, pie) y no presenta alteraciones evidentes de la psicomotricidad.

Primeras palabras a los 6-8 meses teniendo un lenguaje fluido a los 16-18 meses, en la actualidad presenta un lenguaje adecuado a su edad y con finalidad comunicativa.

Los padres se quejan de que hay que repetirle mucho las cosas, “si le mandas tres cosas se le olvida al menos una”.

4. Hábitos

X es independiente para la vida diaria, come solo, se viste solo y no tiene problemas para conciliar el sueño, nunca ha padecido fenómenos de sonambulismo. Controló esfínteres con normalidad antes de los tres años si bien es cierto que presento enuresis nocturna primaria hasta los 5 años, que se resolvió con medidas conductuales no siendo necesaria ninguna intervención farmacológica por parte de su pediatra.

5. Desarrollo socioafectivo

X es un niño que prefiere jugar acompañado, le gustan los deportes físicos como el fútbol, habitualmente es un niño alegre y tiene buen carácter, aunque los padres refieren que hace las cosas sin pensar si bien luego pide perdón. La relación con sus 2 hermanos es buena principalmente con el mayor con quien se lleva únicamente 14 meses, pero también juega con su hermano pequeño de 3 años. Los padres lo definen como: “cariñoso, terco, despistado”. Tiene más apego con la madre y aunque de más pequeño tenía dificultades con los compañeros (se colaba en la cola, empujaba y mordía a algún compañero), en la actualidad este tipo de consultas se han resuelto, si bien le gusta llamar la atención.

6. Historia Escolar

X acude al mismo centro educativo desde guardia, actualmente cursa 2º de educación primaria, nunca ha repetido curso. Mantiene la misma tutora desde 1º de primaria que lo sienta al lado suyo en el aula y que lo conoce bien, con solo levantar la mano lo deja salir al baño o al pasillo porque le cuesta mucho permanecer sentado todas las horas de clase. Los padres refieren que las tareas se eternizan sin apenas dejarle tiempo libre, en la actualidad no copia los enunciados para minimizar el tiempo de las mismas y requiere de supervisión constante.

7. Núcleo familiar y antecedentes familiares

El núcleo familiar está compuesto por 5 personas. Los padres, X y dos hermanos, uno mayor y otro menor.

Padre: 38 años. Transportista. Con estudios primarios. Duerme en casa y colabora en la educación de los niños.

Madre: 36 años. Sus Labores. Con estudios primarios. Es la principal encargada de la educación de los niños:

Hermano Mayor: 9 años. Cursa 6º de primaria.

Hermano Menor: 3 años. En educación Infantil.

No existen conflictos familiares, ni situaciones estresantes, no intervienen otras figuras además de los padres en la educación de los niños (abuelos...), no existen discrepancias en los estilos educativos de los padres, estando ambos implicados.

No refieren antecedentes familiares de interés como patología neurológica, deficiencia mental, trastornos del lenguaje. El padre refiere que abandonó los estudios porque no se le daban nada bien.

8. Antecedentes médicos personales

No presenta alergias medicamentosas conocidas, ni hipertensión, ni diabetes, no sigue tratamientos farmacológicos crónicos, intervenido de Fimosis a los 5 años, no ha precisado hospitalización por otros motivos, no antecedentes de crisis epilépticas, ni de pérdidas de conocimiento ni de traumatismo craneoencefálico.

7.2 Exploración psicopatológica

X se muestra consciente y orientado en espacio, tiempo y autopsíquicamente, no presenta alteraciones de la sensorización presentando un discurso lucido y coherente sin alteración del curso ni la forma ni el contenido del pensamiento, siendo todo adecuado a la edad del paciente. Tono y hábito postural adecuados. No se objetivan trastornos del sueño, siendo éste reparador. No criterios de clínica afectiva mayor aunque

si ciertos sentimientos de minusvalía en relación con sus amigos por el rendimiento académico.

Impulsivo, aunque con buena tolerancia a la frustración para su edad. No clínica ansiosa ni psicótica. Buenas relaciones sociales. Empático. Juicio de realidad conservado. Hipercinesis, reconociendo su incapacidad para permanecer sentado todas las horas en clase. Problemas para mantener la atención tanto en clase (lo que le obliga a tener que repasar las tareas en casa) como en casa.

No presenta focalidad neurológica, ni alteración de la psicomotricidad no observándose manierismos ni estereotipias. Cumple criterios diagnósticos para TDAH según las clasificaciones diagnósticas

7.3 Exploraciones complementarias y derivaciones

- Informe de EOEP: Presentado en el momento de la primera visita, donde se informa de un trastorno de lectoescritura (disgrafía).

- RMN y EEG: No se consideran necesarios su realización al no existir focalidad neurológica, ni existir antecedentes familiares de patología que justifiquen su realización.

- Cariotipo: No se considera necesario, al no existir discapacidad intelectual, ni rasgos dismórficos ni antecedentes familiares de patología genética.

- Derivaciones: No se valora derivación a Neuropediatría, ni a Cardiólogo, ni a Endocrino, que serían las derivaciones más frecuentes al no existir patología que lo justifique.

7.4 Juicio diagnóstico

TDAH

Trastorno Especifico de la Escritura.

7.5 Intervención

Se realiza informa a EOEP y a pediatra/MAP con confirmación diagnóstica (2).

En función de las limitaciones funcionales que presenta X se plantean las diferentes medidas terapéuticas que incluyen un seguimiento y

coordinación interprofesional e intercentros (2):

- En el colegio la aplicación de una metodología que permita minimizar las dificultades propias del diagnóstico.

- En el CSMIJ se trabajará tanto con los padres como con X a nivel psicológico y psiquiátrico, valorando la posibilidad de introducir tratamiento psicofarmacológico.

- El pediatra seguirá controles periódicos de X, controles que se intensificarán en caso de instauración de tratamiento psicofarmacológico.

8. DISCUSION Y CONCLUSIONES GENERALES

Como hemos intentado explicar a lo largo del recorrido de X por los diferentes recursos, la evaluación de pacientes con sospecha de TDAH es una evaluación compleja en la que aparecen implicados diferentes profesionales y que requiere la predisposición de padres/tutores para la correcta evaluación del niño. Se puede ver que en la exploración se plantea la posibilidad de derivación a Neuropediatría que es una de las derivaciones más frecuentes que se realiza en Salud Mental cuando existe focalidad neurológica o sospecha de patología neurológica que justifique la clínica, siendo más frecuente esta derivación en pacientes con sospecha de Trastorno del Espectro Autista.

El cumplimiento del protocolo de actuación en pacientes con TDAH ha mejorado notablemente la calidad asistencial tanto de los Facultativos como de los pacientes al disponer de información en el momento de valorar al niño de los diferentes ambientes del menor así como de las limitaciones funcionales que presenta.

La valoración de las funciones ejecutivas mediante las diferentes escalas existentes en la actualidad cobra especial relevancia en el momento actual, pues las nuevas definiciones de TDAH hacen énfasis en las disfunciones ejecutivas y emocionales que pueden llegar a presentar los pacientes con TDAH (1).

El ejemplo que hemos descrito siguiendo la evolución de X a través de los diferentes recursos es la situación ideal y no siempre sucede lo mismo en la práctica clínica, principalmente por la limitación de los recursos, por lo que se debe continuar formando a los profesionales e informando a las familias de la importancia de establecer un diagnóstico precoz del TDAH que facilite la instauración de medidas terapéuticas y académicas que permitan al niño llevar un nivel de vida normalizado, pues como hemos mencionado con anterioridad el TDAH puede provocar fracaso académico, problemas afectivos, problemas comportamentales y problemas en las relaciones sociales (1, 2).

Mencionar que pese a la difusión y al conocimiento que se tiene del TDAH en la actualidad, los diagnósticos confirmados todavía no alcanzan las tasas de prevalencia que evidencian los estudios clínicos internacionales, al menos en nuestra área poblacional. Lo que nos hace pensar que muchos niños con TDAH todavía no están diagnosticados.

Por último deberíamos reflexionar y hacer una valoración de la edad de los niños en el momento del diagnóstico con el fin de poder valorar con el paso de los años si con la entrada del protocolo disminuye la edad del diagnóstico y conseguimos una mejor evolución y pronóstico de nuestros pacientes.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. 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, coordinador. 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° 2007/18.
2. Protocolo de Coordinación de Actuaciones Educativas y Sanitarias en la Detección y Diagnostico de Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad. Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. 2012.

Medicina

