

Caso clínico**TEMA 3****Trastorno por déficit de atención e hiperactividad****M.^{al}. Hidalgo Vicario, C. Soutullo Esperón****Presentación del caso**

Los padres traen a la consulta de pediatría a su hijo de 7 años de edad, al que conocemos desde el nacimiento, que va a empezar 2.º de Educación Primaria y es el mediano de 3 hermanos. No ha repetido curso nunca. El niño ha tenido algunos problemas para seguir el ritmo de la clase de 1.º. En 3.º de Educación Infantil era bastante inquieto en clase. Ha acudido varias veces al servicio de urgencias por haber sufrido caídas, cortes y algunos accidentes de bicicleta, ya que hace las cosas sin pensar. El motivo de consulta fue la presencia de dificultades para seguir el ritmo de la clase y una excesiva inquietud psicomotriz.

En casa evita hacer deberes, hay que obligarlo a terminarlos, porque si no, los hace rápido sin importarle hacerlos mal. Le cuesta seguir instrucciones que tienen varios pasos (como «ponte el pijama» y «ven a cenar»), y frecuentemente la madre lo encuentra haciendo otra cosa porque ha olvidado lo que le ha pedido. Además, no para de moverse, de levantarse, de enredar en clase, interrumpe, contesta sin dejar que se acabe la pregunta y es muy impaciente. Debido a estos problemas en casa y en el colegio, están empeorando sus notas y cada vez le está costando más mantener el nivel.

Nació a las 40 semanas, con un peso de 3.300 g, tras un parto vaginal a término, no instrumentado; no precisó reanimación ni incubadora. Embarazo normal. Desarrolló el lenguaje sin problema, y es muy interactivo con la gente a su alrededor.

Aprendió a leer sin dificultades, y su lectura sigue avanzando bien. Tras una evaluación de inteligencia en el colegio realizada el año pasado, el niño obtuvo un cociente intelectual (CI) total de 103, CI verbal de 104 y CI no verbal de 102. Los padres dicen que no es tímido, suele llevarse bien con otros niños, duerme bien; no tiene miedo a la oscuridad, a dormir solo o a estar solo en su cuarto, ni lloró excesivamente al ir al colegio. Se queda en casa de las abuelas sin problema, o en casa con una cuidadora si los padres tienen que salir a cenar, por ejemplo.

En la exploración clínica, el niño presenta:

- Peso: 30 kg (P90).
- Talla: 133 cm (P90-97).
- TA: 100/50.
- Pulso: 99.
- AP y AC: normales.
- Resto de exploración física normal.

No tiene tics ni problemas serios del humor, y su inteligencia es normal. En el colegio se lleva bien con los otros niños, aunque no mantiene las amistades a largo plazo, va de un grupo a otro; no se aficiona a las cosas; pasa de estar en el equipo de fútbol a apuntarse a judo, y tras unas pocas semanas pide cambiarse al grupo de atletismo. A veces se frustra si no le hacen caso o no se juega a lo que él dice, o como él quiere, y puede llegar a gritar o insultar.

Tras llevar 1 mes con la medicación, los padres vuelven a la consulta. El niño está más atento, aguanta más sentado, no precisa tanta supervisión y es más autónomo trabajando en casa y en el colegio. Ha perdido 1 kg de peso y no ha crecido nada, come poco y cena mucho. Duerme bien y no tiene tics. Su humor es bueno, está contento con su avance en el colegio y con el hecho de que ahora le echan menos broncas porque ya hace las cosas él solo. Ha sacado alguna nota muy buena en algún examen.

1. Ante un niño con estas características, debemos descartar:

- A. Problemas de visión o audición.
- B. Miedos, ansiedad.
- C. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).
- D. Todas las anteriores.

2. Este niño parece no tener un trastorno de ansiedad porque:

- A. Desarrolló el lenguaje sin dificultad y no tuvo problemas para alcanzar hitos del desarrollo.
- B. No es tímido, no tiene miedos y se separa sin problemas de los padres.
- C. Tiene una inteligencia normal y desarrolló bien la lectura.
- D. No es inquieto.

3. Si tratáramos el TDAH de este niño, dentro de un plan multimodal, con psicoeducación, apoyo académico y medicación:

- A. Se podría empezar con clases de apoyo y adaptación curricular significativa.

- B. Habría que llevarlo a un colegio de educación especial, ya que probablemente no termine la ESO.
- C. Se podría empezar con metilfenidato 18 mg/día y subir gradualmente cada semana a 27 mg/día y luego 36 mg/día.
- D. Sería aconsejable que realizara entrenamiento en habilidades sociales para mejorar la interacción con sus iguales.

4. Ante la respuesta clínica del paciente tras 1 mes de medicación, deberíamos:

- A. Parar la medicación por la bajada de peso.
- B. Subir a 54 mg/día para que avance más rápido.
- C. Seguir igual: medicación y ayuda académica con supervisión a demanda.
- D. Bajar la dosis para que coma mejor.