

La atención al niño y adolescente con Trastorno por déficit de atención/hiperactividad desde el pediatra de atención primaria.

Dra. Alfonso Lora Espinosa. C. Salud Puerta Blanca. Málaga

El objeto de este documento no es hacer una revisión exhaustiva, sino reflexionar sobre los puntos básicos en la atención al niño y adolescente con TDAH que pueden realizarse desde la atención primaria. Aspectos que trataremos más ampliamente y con el concurso de otros compañeros en la mesa redonda de las Jornadas.

Puntos clave de la atención al niño-adolescente con TDAH:

1. Evaluar a todo niño de edad comprendida entre 4 y 14 (18) años que presenta: inatención, hiperactividad, impulsividad, mal rendimiento académico o problemas de conducta. (Tabla 2 y 3)
2. El Diagnóstico del TDAH es exclusivamente clínico, no existiendo en la actualidad ninguna prueba analítica o psicométrica que pueda considerarse diagnóstica.

Requiere que el niño cumpla los criterios DSM-5. (Tabla 3)

El uso de los criterios DSM disminuye la variabilidad en la práctica clínica y facilita la comunicación entre profesionales y pacientes.

Qué ha cambiado en el DSM-5, en relación al DSM-IV-TR?: El DSM-5 propone un cambio conceptual, al incluirlo como "Trastorno del Neurodesarrollo", para que el pediatra realice un reconocimiento más temprano, evalúe en estos niños todos los dominios del neurodesarrollo, lo delimite de otros trastornos (TGD, Trastornos del espectro autista, etc.) y proponga una intervención terapéutica adecuada y precoz.

El mensaje de este cambio conceptual es que **la disfuncionalidad del TDAH se extiende más allá de la conducta.**

3. La valoración del TDAH requiere información obtenida directamente de ambos padres (preferentemente en ausencia del niño) y de los profesores sobre la presencia de los síntomas nucleares del trastorno en ambientes diferentes, la edad de inicio, la duración de los síntomas y el grado de impedimento funcional. En el adolescente se considera útil el uso de un cuestionario autoinformado.
4. Debe realizar una completa historia clínica (<http://www.pediatrasandalucia.org/Docs/TDAH/Herramientas>) que incluya signos y síntomas que motivan la consulta, antecedentes personales, desarrollo psicomotor, rendimiento académico, trastornos del sueño, historia psicosocial descartando abuso físico, psíquico o sexual. Antecedentes y funcionamiento familiar.
5. Investigar mediante instrumentos validados el trastorno de oposición desafiante o trastorno negativista desafiante, trastornos de conducta, depresión, ansiedad, tics, dificultades de aprendizaje.

6. Investigar las fortalezas y habilidades del niño, los aspectos que le ilusionan y motivan, no sólo sus áreas de debilidades. Así establecemos una relación con un niño o adolescente y su familia que hace más fácil la planificación de la intervención.
7. Completa exploración clínica que incluya: fenotipo, exploración neurológica, exploración sensorial, somatometría, exploración cardiovascular.
8. No está indicado realizar otras pruebas diagnósticas de rutina para establecer el diagnóstico de TDAH, a no ser que la anamnesis y/o la exploración clínica lo justifiquen.
9. Si la historia indica que el niño presenta dificultades académicas, el pediatra contactará con el centro escolar para que el equipo de orientación estudie y trate estas dificultades, y revisará la evolución y los resultados de las intervenciones pedagógicas establecidas.
10. El Pediatra debe reconocer el TDAH como un trastorno crónico y considerar al niño y adolescente con TDAH con necesidades especiales de salud. Codificará su registro a efectos epidemiológicos y de investigación (Tabla 6).
11. El TDAH causa una morbilidad importante y debe ser tratado.

Objetivos del **TRATAMIENTO**:

- a) Educar a paciente y entorno sobre el trastorno.
- b) Mejorar las habilidades de afrontamiento y facilitar estrategias para su control. Cambiar las percepciones desadaptativas.
- c) Disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas.
- d) Disminuir las complicaciones.

No se dispone de un tratamiento curativo actualmente.

El Plan de cuidados del niño con TDAH constará de los siguientes pasos:

- Educación de la familia y el niño sobre el TDAH, sus características individuales, aportándole estrategias para su manejo.
- Identificar los **objetivos individuales** del tratamiento.
- Acordar el tratamiento conductual y farmacológico a seguir, conociendo los beneficios y los posibles efectos secundarios.

Tratamiento farmacológico:

Las Guías de Práctica Clínica indican los psicoestimulantes como fármacos de primera elección. En España el único psicoestimulante comercializado en la actualidad con indicación para el TDAH es el metilfenidato, siendo el fármaco más utilizado, coste-efectivo y sobre el que más experiencia clínica se dispone para el tratamiento del TDAH.

La atomoxetina, autorizada para el tratamiento del TDAH en España desde 2002, tiene menor efecto sobre los síntomas nucleares del TDAH y mayor coste. Estando indicada en pacientes en los que el metilfenidato no se considera de elección por:

- Falta de respuesta: tras optimización de dosis y valorar/tratar comorbilidad presente.
- Contraindicación: en pacientes con glaucoma, enfermedad sintomática o estructural cardiovascular, hipertiroidismo, hipertensión moderada-grave.

- Efectos secundarios que no mejoren con modificación de la dosis.
- Comorbilidad psiquiátrica que no responde favorablemente al metilfenidato.
- En pacientes con uso ilícito de metilfenidato.

Niños en edad preescolar (4-5 a.), el PAP debe indicar la terapia conductual como primera línea de Tratamiento. Puede prescribirse metilfenidato si las intervenciones conductuales no proporcionan mejoría y la disfunción que le producen los síntomas es moderada-grave. La atomoxetina no está aprobada por la FDA en estas edades.

Niños de 6-11 años, el PAP debe prescribir tratamiento farmacológico y/o terapia conductual, preferiblemente ambas.

Adolescentes (12-18 a.) el PAP y/o médico de familia deben prescribir tratamiento farmacológico con su consentimiento, puede recomendarse terapia conductual, preferiblemente ambas.

La selección del fármaco se realizará en función de:

- Edad del niño, facilidad para tragar
- Duración de acción
- Necesidad de efecto rápido
- Seguridad
- Comorbilidad
- Respuesta y tolerancia a tratamientos previos personales y familiares.
- Eficacia: tasa de respuesta remisión
- Recursos económicos
- Preferencias del paciente, padres y profesional

12. El Pediatra debe titular la dosis de medicación para alcanzar el máximo beneficio con los mínimos efectos adversos.

Si optimizando la dosis los síntomas no mejoran debe replantearse el diagnóstico.

Si aparecen efectos secundarios no tolerables por el niño o su familia, debe cambiarse el fármaco.(Tabla 8)

13. Se realizarán visitas de **SEGUIMIENTO** frecuentes hasta obtener una respuesta óptima con la titulación de la dosis, cada 3 meses en el primer año de tratamiento, y cada 6 meses a partir de entonces si la situación es estable.

En estas visitas se comprobará de manera sistemática:

- (a) Control de los síntomas y la función
- (b) Cumplimiento de los objetivos propuestos
- (c) Efectos secundarios y su gestión (Tabla 8)
- (d) Realizar medición de peso, talla, TA, FC.

14. Establecer un consenso entre profesores y pediatras sobre los elementos clave de diagnóstico, intervenciones y comunicación, **ESTRUCTURADOS**, que aseguren un cuidado consistente, bien coordinado y coste-efectivo.

15. Cuando coexistan otros trastornos psiquiátricos no manejables en AP o exista una importante disfuncionalidad familiar, debe derivarse a la unidad de salud mental de referencia.

Si existen síntomas neurológicos no manejables en AP, debe derivarse a la unidad de Neurología de referencia.

La derivación depende, como para cualquier otra patología, de la formación del pediatra, sus condiciones laborales, las características del niño y su familia y la evolución clínica.

Bibliografía recomendada:

1. National Clinical Practice Guideline. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. (NICE) Attention Deficit Hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. 2008. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG72NiceGuidelinev3.pdf>
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline. 2001 [actualizado Ago 2005]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign52.pdf>
3. 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. Disponible en: <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;105/5/1158.pdf>
4. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in primary care for school-age children and adolescents. 6ª Ed. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2007 Mar. 68 p. Disponible en: http://www.icsi.org/adhd/adhd_2300.html
5. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA): Canadian ADHD Practice Guidelines, Third Edition, Toronto ON; CADDRA, 2011.
6. Fernández Pérez M, Hidalgo Vicario I, Lora Espinosa A, Sanchez Sanrtos L, Rodríguez Molinero L, Eddy Ives L, et al. La atención primaria y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH): Consenso multidisciplinar y evidencias para la puesta en práctica. Monografía. Disponible en: www.aepap.org.
7. Tannock R. Rethinking ADHD and LD in DSM-5 : Proposed Changes in Diagnostic Criteria. *J Learn Disabil* 2013; 46(1): 5-25

2 pequeños libritos que posiblemente se faciliten en las Jornadas:

TDAH en pediatría, coordinado por el Dr. Pedro Javier Rodríguez Hernández en el que han participado muchos compañeros de atención primaria, así como Psicólogos, Psiquiatras y Neuropediatras. Springer SBM Spain, S.A.U. Madrid 2013.

Mitos en TDAH, Lora Espinosa A y Gutierrez Casares JR, Ed. Mayo, Madrid 2012, en el que abordamos la respuesta a algunos de los mitos que existen en relación al TDAH

Tabla 1. Criterios de calidad en la asistencia al niño con Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH)	
Realización de historia clínica donde se documenten: (Ejemplo o modelo en http://www.pediatrasandalucia.org/Docs/TDAH/Herramientas)	
1.	Cumplimiento de criterios DSM-5 para el diagnóstico
2.	Realización de diagnóstico diferencial con otros problemas médicos, psiquiátricos, psicosociales y de aprendizaje
3.	Historia cardiovascular antes d iniciar el tratamiento farmacológico
4.	Realizar pruebas diagnósticas complementarias sólo si la anamnesis y/o exploración clínica lo indican
5.	Plan individualizado de tratamiento
6.	Seguimiento periódico clínico, funcional y exploratorio
7.	Investigación de efectos adversos del tratamiento y estrategias para su corrección
8.	Comunicación estructurada con los profesionales involucrados del centro escolar y sanitarios

Tabla 2. Cuestionario evaluación o detección precoz del TDAH basado en la primera recomendación de la Guía de Práctica Clínica de la Asociación Americana de Pediatría Fernández Pérez, M.; Gonzalvo Rodríguez, C. An Pediatr (Barc). 2012;76:256-60		
	SI	NO
1. El rendimiento académico es malo o variable?		
2. ¿El profesor ha detectado problemas de aprendizaje?		
3. Es feliz en el centro escolar?		
4. Tiene algún problema de conducta?		
5. ¿Sigue instrucciones de principio a fin?		
6. ¿Termina el trabajo escolar asignado?		
7. Se accidenta en exceso?		
8. ¿Existen signos de inatención?		
1. Los padres tienen que sentarse a su lado para que haga los deberes?		
Si puntúa "SI" en los ítems 1,2,4,7,8,9 y "NO" en los ítems 3,5,6, se recomienda iniciar una evaluación bajo sospecha de TDAH		

Tabla 3. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM5

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo, caracterizados por (1) y/o (2)
(1) INATENCION: 6 o más de los siguientes síntomas que han persistido al menos 6 meses en un grado inconsistente con su nivel de desarrollo y que tienen un impacto negativo en sus actividades sociales/académicas/ocupacionales: Nota: Los síntomas no son únicamente una manifestación de la conducta de oposición, desafío, hostilidad o falta de comprensión de las tareas o instrucciones. Para los adolescentes mayores y adultos (17 años o más), se requieren al menos cinco síntomas
a. A menudo no presta atención a los detalles o comete errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades (por ejemplo, pasa por alto o pierde los detalles, el trabajo es inexacto).
b. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades de juego (por ejemplo, tiene dificultad mantener la atención durante las conferencias, conversaciones, o larga lectura).
c. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, la mente parece en otra parte, incluso en ausencia de cualquier distracción obvia).
d. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, faenas, o deberes en el lugar de trabajo (por ejemplo, comienza tareas, pero pierde rápidamente el enfoque y se distrae fácilmente).
e. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para manejar la secuencia de las tareas, dificultad para mantener los materiales y pertenencias en orden, trabajo desordenado, desorganizado, tiene mala gestión del tiempo, no cumple los plazos)
f. A menudo evita, le disgusta o es renuente a dedicarse a tareas que requieren esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, trabajos escolares o domésticos; para los adolescentes mayores y los adultos, la preparación de informes, completar formularios, revisar documentos largos).
g. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, herramientas, carteras, llaves, agenda, gafas, teléfonos móviles).
h. A menudo se distrae fácilmente con estímulos externos (adolescentes mayores y adultos, pueden incluir pensamientos no relacionados).
i. A menudo es descuidado en las actividades diarias (por ejemplo, hacer las tareas, hacer recados; para los adolescentes y adultos, devolver las llamadas, pagar las cuentas, acudir a las citas).
(2) HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD: Seis (o más) de los siguientes síntomas han persistido durante al menos 6 meses con una intensidad que es incompatible con el nivel de desarrollo y que repercute negativamente en las actividades sociales y académicas / profesionales: Nota: Los síntomas no son únicamente una manifestación de la conducta de oposición, desafío, hostilidad o la incompreensión de las tareas o instrucciones. Para los adolescentes mayores y adultos (17 años o más), se requieren al menos cinco síntomas.
a. A menudo mueve en exceso manos o pies o se remueve en su asiento.
b. A menudo abandona su asiento en situaciones en las que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o cualquier otro lugar de trabajo o en otras situaciones que requieren permanecer en el lugar).
c. A menudo corre o salta en situaciones en que es inapropiado. (En los adolescentes o adultos, puede limitarse a sentirse inquieto)
d. A menudo no puede jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
e. A menudo "está en marcha" actuar como si "tuviera un motor" (por ejemplo, no puede estar o está incómodo durante un tiempo prolongado en restaurantes, reuniones; puede ser experimentado por otros como estar inquieto o dificultad para seguir)
f. A menudo habla en exceso
g. A menudo precipita una respuesta ante una pregunta que no se ha completado (por ejemplo, completa oraciones de la gente, no puede esperar su turno en la conversación).
h. A menudo tiene dificultad para esperar su turno (por ejemplo, mientras espera en fila).
i. A menudo interrumpe o se inmiscuye (por ejemplo, se entromete en conversaciones, juegos o actividades, pueden comenzar a usar las cosas de los demás sin pedir o recibir permiso; para adolescentes y adultos, pueden invadir y apoderarse de lo que otros están haciendo).
B. Algunos síntomas de falta de atención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de la edad 12 años.
C. Varios síntomas de falta de atención o hiperactividad-impulsividad están presentes en dos o más ambientes (por ejemplo, en el hogar, la escuela o el trabajo, con amigos o familiares, en otras actividades).
D. Hay evidencia clara de que los síntomas interfieren con, o reducen la calidad del funcionamiento social, académico o laboral.
E. Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación por sustancias o retirada).

Tabla 4. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Diagnóstico diferencial (DSM-5)
Trastorno de oposición desafiante.
Trastorno explosivo intermitente.
Otros trastornos del desarrollo neurológico: Trastornos específicos del aprendizaje. Retraso mental (trastorno del desarrollo intelectual). Trastorno del espectro autista.
Trastorno de vinculación reactiva
Los trastornos de ansiedad
Los trastornos depresivos
El trastorno bipolar
Trastorno de disregulación del estado de ánimo perturbador
Trastornos por uso de sustancias.
Trastornos de la personalidad.
Los trastornos psicóticos.
Síntomas de TDAH inducidos por medicamentos.
Trastornos neurocognitivos

Tabla 5. Historia y exploración cardiovascular, antes de instaurar el tratamiento del TDAH.



HISTORIA	SÍ	NO
<i>Fatiga con el ejercicio (más que otros niños de su misma edad) en ausencia de una explicación alternativa (ej. asma, sedentarismo, obesidad, etc.)</i>		
<i>Poca tolerancia al ejercicio (en comparación con otros niños) en ausencia de una explicación alternativa (ej. asma, sedentarismo, obesidad, etc.)</i>		
<i>Desmayos o convulsiones con el ejercicio, un sobresalto o un susto fuerte</i>		
<i>Palpitaciones causadas por el ejercicio</i>		
<i>Antecedentes familiares de muerte súbita (incluyendo Sd. muerte súbita del lactante), o inexplicables ahogamiento o accidente de coche (en familiares de 1er - 2º grado)</i>		
ANTECEDENTES PERSONALES / FAMILIARES (FAMILIARES DE 1er - 2º GRADO) DE ENFERMEDAD CARDÍACA NO ISQUÉMICA	SÍ	NO
<i>Síndrome de QT largo u otras arritmias familiares</i>		
<i>Síndrome de Wolff-Parkinson-White</i>		
<i>Cardiomiopatía</i>		
<i>Transplante de corazón</i>		
<i>Hipertensión pulmonar</i>		
<i>Inexplicables ahogamiento o accidente de coche</i>		
<i>Implante de un desfibrilador</i>		
EXAMEN FÍSICO	SÍ	NO
<i>Hipertensión</i>		
<i>Presencia de soplo no funcional</i>		
<i>Esternotomía</i>		
<i>Otro hallazgo cardíaco anormal</i>		

[SI RESPONDE "SÍ" A CUALQUIERA DE ESTOS ÍTEMS DEBE ACUDIR AL ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA]

Tabla 6. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Codificación	
314.01 (F90.2)	Presentación Combinada: Si ambos, Criterio A1 (falta de atención) y Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) están presentes durante los últimos 6 meses.
314.00 (F90.0)	Presentación Predominantemente Inatento: Si Criterio A1 (falta de atención) se cumple, pero el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) no se cumple en los últimos 6 meses.
314.01 (F90.1)	Presentación Predominantemente hiperactivo/impulsivo: Si Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) se cumple y el Criterio A1 (falta de atención) no se cumple en los últimos 6m.
<p>Especificar si: En remisión parcial: cuando anteriormente se cumplieron todos los criterios, pero en los últimos 6 meses no se cumplen y los síntomas aun causan daños en el funcionamiento social, académico u ocupacional.</p> <p>Especificar actual severidad:</p> <p>Leve: Cumple los síntomas requeridos para el diagnóstico pero no más y éstos producen deficiencias menores en sus actividades.</p> <p>Moderada: Cumple síntomas y producen un deterioro ente leve y severo.</p> <p>Severa: Muchos síntomas, más de los obligados para el diagnóstico, los síntomas son graves y causan un grave deterioro en el funcionamiento académico, social u ocupacional.</p>	
314.01 (F90.8)	Otro Trastorno por déficit de atención/hiperactividad especificado
314.01 (F90.9)	Otro Trastorno por déficit de atención/hiperactividad no especificado
Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que los síntomas característicos de déficit de atención / trastorno de hiperactividad aunque provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, o en otras áreas importantes de la actividad, no cumplen todos los criterios para el diagnóstico.	

TDAH - PLAN DE ACCIÓN

FECHA.- _____

NOMBRE.- _____

CENTRO ESCOLAR.- _____ PROFESOR/A.- _____

Tfno. de contacto.- _____ E-mail.- _____

objetivos



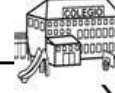
EN CASA: _____

Planes para alcanzar los objetivos:

1. _____

2. _____

3. _____



EN EL COLEGIO: _____

Planes para alcanzar los objetivos:

1. _____

2. _____

3. _____

Tratamiento farmacológico

FARMACO: _____

DOSIS: _____

PRÓXIMA REVISIÓN: _____

TRAERÁ PARA LA EVALUACIÓN: _____

Tabla 7. Plan de acción

GESTIÓN DE LOS EFECTOS ADVERSOS MÁS COMUNES ASOCIADOS AL USO DE PSICOESTIMULANTES

(Traducción Díaz-Aguilar & Lora-Espinosa, 2012)

(Ahmann, 2001 [High Quality Evidence]; Wlens, 1992 [Low Quality Evidence])

Efectos adversos	Manejo - Tratamiento
ANOREXIA, PÉRDIDA DE PESO Y DOLOR DE ESTÓMAGO	<ul style="list-style-type: none"> — Administrar la dosis después de las comidas — Desayunos, meriendas y cenas hipercalóricos — Limitar el psicoestimulante para necesidades prioritarias — Considerar la derivación al nutricionista
INSOMNIO	<ul style="list-style-type: none"> — Tener un tiempo de relajación tras la escuela — Administrar dosis lo más temprano posible en el día — Eliminar la dosis de la noche — Cambiar a fármaco de acción corta — Considerar la posibilidad de cambiar de fármaco (ej. atomoxetina, clonidina, antidepresivos, etc.)
IRRITABILIDAD – MAL HUMOR <i>(normalmente ocurre cuando el fármaco está desgastado)</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Combinación de dosis/psicoestimulante — Bajar la dosis — Combinación de tratamiento de acción corta y prolongada
IRRITABILIDAD GENERALIZADA, DISFORIA, AGITACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> — Evaluar los picos de los síntomas — Considerar la posibilidad de que exista un Ttmo comórbido — Reducir la dosis o cambiar a tratamiento de acción prolongada — Considerar la posibilidad de Tto complementario (ej. otro psicoestimulante, antidepresivo, etc.)
TICS <i>(vocales, motores)</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Controle si es leve o poco frecuente — Valorar el beneficio/riesgo con los padres — Considere la posibilidad de medicamento alternativo (ej. atomoxetina, clonidina, guanfacina, etc.) — [*]
CEFALEAS	<ul style="list-style-type: none"> — Evalúe la duración de las mismas — Reduzca la dosis hasta una dosis terapéutica — Trate con fármacos de acción prolongada — Considere la posibilidad de medicamento alternativo
CRECIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> — Limite el psicoestimulante a necesidades de alta prioridad (ej. suspender el Tto los fines de semana o en vacaciones) — Considere la posibilidad de dar fármacos alternativos — [*]

[*] Dirija todas las metas de gestión en el bienestar del niño en su vida diaria y su futuro. • Durante las visitas de evaluación y de gestión, tome en consideración factores médicos, psicosociales y educativos. • Dé orientación preventiva en cada visita, lo que puede incluir expectativas a corto y largo plazo, de estudio y habilidades de organización, orientación sobre el manejo del comportamiento, preocupaciones de los adolescentes y los recursos de actualización. • Revise la gestión de la atención multimodal, según sea necesario. • En la transición a la vida adulta tenga en cuenta la necesidad de una planificación cuidadosa de la educación post-secundaria o de la formación profesional.

Tabla 8. Gestión de los efectos adversos del tratamiento farmacológico.