

adolescere

Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia

XXIV CONGRESO

Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia (SEMA)

Sevilla

2 y 3 de Marzo 2018

Volumen VI
MAYO 2018

Nº
2



Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia

SALUD INTEGRAL EN LA ADOLESCENCIA

VI EDICIÓN

Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia
Hospital Universitario La Paz
Madrid

8 y 9
MARZO
2019



Directora

M.I. Hidalgo Vicario

Subdirectores

L. Rodríguez Molinero
M.T. Muñoz Calvo

Consejo editorial

G. Castellano Barca (Cantabria)
L.S. Eddy Ives (Barcelona)
G. García Álvarez (Valladolid)
M. Güemes Hidalgo (Londres)
F. Guerrero Alzola (Madrid)
P. Horno Goicoechea (Mallorca)
F. López Sánchez (Salamanca)
A. Marcos Flórez (Valladolid)
C. Martín Perpiñán (Madrid)
F. Notario Herrero (Albacete)
P.J. Rodríguez Hernández (Canarias)
M.J. Rodríguez Jiménez (Madrid)
P. Sánchez Masqueraque (Madrid)

Junta Directiva de la SEMA

Presidenta

M.I. Hidalgo Vicario

Secretaria

M.J. Ceñal González-Fierro

Tesorero

L. Rodríguez Molinero

Vocales

L.S. Eddy
M.T. Muñoz Calvo
F. Notario Herrero
G. Perkal Rug
M. Salmerón Ruiz

Directora de la Web

F. Guerrero Alzola

Coordinadora editorial

M.I. Hidalgo Vicario

Editado por

SEMA
Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia
www.adolescenciasema.org

SopORTE válido publicitario

Nº 13/17-R-CM

ESP/BEX/0054/18(1)a 07/2018

Parte de esta distribución se distribuye por gentileza de GSK.

GSK no se hace responsable de los contenidos de la presente publicación que son responsabilidad exclusiva de sus autores. GSK recomienda siempre la utilización de sus productos de acuerdo con la ficha técnica aprobada por las autoridades sanitarias.

Sumario

03 Presentación

- 03 ÉXITO del XXIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA)
M.I. Hidalgo Vicario

06 Simposio

- 06 Vacunas en la adolescencia
F.A. Moraga-Llop

15 Mesa de Actualización I

- 15 Disforia de género en la infancia y adolescencia
F. López Sánchez
26 Disforia de género en menores: actitud diagnóstica y tratamiento
M.T. Muñoz Calvo
32 Problemas legales en el tratamiento médico de la disforia de género en menores de edad
F. de Montalvo Jääskeläinen

38 Talleres simultáneos

- 38 Anticoncepción en la adolescencia
R. Quintana Pantaleón
48 La adolescencia y la enfermedad meningocócica. Situación actual y nuevas vacunas
F.J. Álvarez García

- 53 Dermatología de la adolescencia: Acné, tatuajes y piercings
J. Bernabeu Wittel

53 Panel de Expertos

- 53 Transición en cardiología de las cardiopatías congénitas
B. Manso García
53 El adolescente con enfermedad crónica digestiva. Transición de los cuidados médicos de la época pediátrica a la del adulto
B. Espín Jaime

54 Simposio

- 54 El TDAH y su comorbilidad
A. Hervás Zúñiga

- 65 Caso Clínico
65 Tecnologías de la información y de la comunicación
L.S. Eddy Ives

65 Mesa de Actualización II

- 65 Dislipemias. Situación actual
J. Dalmau Serra
66 Problemas ortopédicos
J.A. Conejero Casares, M.D. Romero Torres

78 XII Conferencia "Blas Taracena del Piñal"

- 78 El amor y el desamor en la adolescencia
P. Horno Goicoechea

78 Taller de Adolescentes

- 78 Forma Joven. Sexualidad y relaciones igualitarias
M.C. Guisado Rasco, J. Gil Castellano

78 Comunicaciones Orales y Posters

- Respuestas correctas a las preguntas test

Normas de publicación en www.adolescenciasema.org Secretaría editorial adolescere@adolescenciasema.org

Organizado por:



I Curso de psiquiatría del niño y del adolescente **para pediatras**

Directores

Dra. M.^a Inés Hidalgo Vicario

Dr. Pedro Javier Rodríguez Hernández

Inicio
Enero
2018

Solicitada acreditación por la Comisión
de Formación Continuada del Sistema
Nacional de Salud

75 AÑOS INNOVANDO
ORDESA

www.psiquiatriapediatrica.com



Mª Inés Hidalgo Vicario
Presidenta de la SEMA.

ÉXITO del XXIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA).

Los pasados días 2 y 3 de marzo de 2018, se celebró en Sevilla el XXIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA).

La SEMA es una sociedad científica y profesional fundada en 1987 y además de otras actividades, organiza periódicamente su Congreso/Curso anual. Desde 2009 los años pares, como el actual, realiza su Congreso en diferentes lugares de la geografía española y los impares un Curso de Formación en Madrid.

Los objetivos del Congreso han sido: en primer lugar, ser un punto de encuentro de pediatras y otros profesionales de muy variadas disciplinas, para conocer, compartir y abordar los problemas de salud de los jóvenes. En segundo lugar, que los profesionales adquieran conocimientos y habilidades para poder abordar con eficacia, seguridad y acierto las necesidades y problemas, de esta edad, así como sensibilizar y despertar el interés de los profesionales sanitarios, la administración y la sociedad en general.

Al Congreso asistieron más de 200 profesionales sanitarios, incluyendo una alta participación de médicos residentes, y se presentaron casi 60 comunicaciones con un alto nivel científico. Se entregaron 2 premios, a las mejores comunicaciones, dotados económicamente, que fueron presentadas de forma oral; el resto se presentó en forma de posters. La evaluación del Congreso por los asistentes ha sido muy positiva y se obtuvo una Acreditación de la Comisión Nacional de Formación Continuada, del Sistema Nacional de Salud de 1,8 créditos. A la inauguración acudió la presidenta de la Junta de Andalucía Doña Susana Díaz. Desde estas líneas quiero dar las gracias al Dr. Cristóbal Coronel presidente del Congreso y a su comité organizador por el gran trabajo realizado. Igualmente a los ponentes, participantes, laboratorios farmacéuticos y a todos los que de alguna forma han contribuido a su éxito.

El programa del Congreso ha sido eminentemente práctico y se estructuró de la siguiente manera:

- Una Mesa de Actualización I sobre la Disforia de género en menores, moderada por la Dra. Muñoz, donde se abordó: La definición y los aspectos clínicos y psicológicos (Dr. F. López); Orientación diagnóstica y terapéutica (Dra. MT. Muñoz), y los Aspectos legales (Dr. F. de Montalvo).
- Una 2ª Mesa de Actualización II moderada por el Dr. Cristóbal Coronel sobre Dislipemias. Situación actual (J. Dalmau) y Problemas Ortopédicos (JA. Conejero).
- Dos Simposios: “Vacunas en la adolescencia” moderado por el Dr. JP. Valdés y ponente Dr. Moraga. “TDAH y su comorbilidad” moderado por el Dr. L. Rodríguez y ponente Dra. A. Hervás.
- Un Panel de Expertos: El adolescente con enfermedad crónica. Transición de los cuidados médicos de la época pediátrica a la del adulto, moderada por la Dra. Ceñal donde se abordaron las especialidades de Cardiología (Dra. B. Manso) y Digestivo (Dra. B. Espín).
- Cinco talleres que se repitieron y todos los asistentes pudieron asistir a dos de ellos: Ginecología (R. Quintana); Dermatología (Dr. J. Bernabéu); Psiquiatría. Casos clínicos (Dra. P. Sánchez); Entrevista al adolescente. Roll-Playing (Dres. Casas e Iglesias). La adolescencia y la enfermedad meningocócica. Situación actual y nuevas vacunas (FJ. Álvarez).

Presentación

ÉXITO del XXIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA).

- Sesión de Casos Clínicos, moderada por el Dr. F. Notario, se expusieron dos: Epilepsia (Dra. E. Arce) y Tecnologías Información y comunicación (Dra. L. Eddy).
- Se finalizó con la XII Conferencia “Blas Taracena del Piñal”: El amor y el desamor en la adolescencia, presentada por la Dra. MI. Hidalgo y a cargo de la ponente P. Horno.

Los días previos se realizaron Actividades paralelas de los adolescentes y jóvenes: Taller RCP (A. Vázquez); Taller de sexualidad y anticoncepción (MC. Guisado); Taller de alimentación saludable (J. García).

Todas las sesiones mantuvieron el horario previsto, fueron seguidas con gran interés y participación de los asistentes y cabe destacar la alta calidad científica de los ponentes.

La mayoría de las presentaciones se publican en este número de *Adolescere* Vol VI (2) 2018. Igualmente se encuentran disponibles en la página Web de la Sociedad www.adolescenciasema.org

Adolescere es una revista de Formación Continuada y el órgano de expresión de la SEMA, el primer número salió a la luz en febrero de 2013. Su objetivo principal era que los profesionales interesados en la medicina de la adolescencia pudieran formarse, actualizando los conocimientos e integrando en la práctica los avances médicos para el perfeccionamiento profesional y de esta forma lograr una mejor atención de los pacientes. También ofrece a los profesionales la posibilidad de expresar en ella sus experiencias clínicas, dudas, e inquietudes.

Se editan tres números al año, siendo uno de ellos el del Congreso/Curso de la Sociedad. Cuenta con autores de reconocido prestigio, expertos en los diferentes temas y se difunde tanto en nuestro país como en Hispanoamérica.

Por último, deseo expresar mi agradecimiento a los laboratorios GlaxoSmithKline (GSK) por su importante apoyo para que además de la versión *on line* de *Adolescere* tengamos disponible, todos los números de este año **también en soporte papel**. Igualmente van a contribuir a su distribución entre los pediatras de nuestro país.



La mesa inaugural la formaban de izquierda a derecha: el Dr. Cristóbal Coronel Rodríguez (Presidente del XXIV Congreso de la SEMA), Dra. M^a Inés Hidalgo Vicario (Presidenta de la SEMA), D^a Susana Díaz Pacheco (Presidenta de la Junta de Andalucía), Dra. Marina Álvarez Benito (Consejera de Salud de la Junta de Andalucía) y el Dr. Manuel Dorado Ocaña (Vicedecano de Ordenación Académica), en representación de la Facultad de Medicina de Sevilla.

Vacunas en la adolescencia

F.A. Moraga-Llop. Pediatra. Vicepresidente 1º de la Asociación Española de Vacunología. Miembro del Consejo Asesor de Vacunaciones del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña. Asesor Externo del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría.

Resumen

El calendario de vacunaciones del adolescente se ha enriquecido en los últimos años con la autorización de nuevas vacunas. Sus coberturas vacunales son más bajas, en todos los países, que las correspondientes a los primeros 2 años de la vida, cuando el niño tiene mucho más contacto con el sistema sanitario. Existen tres propuestas de calendario de vacunaciones sistemáticas del adolescente: la del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la de la Asociación Española de Pediatría (que como sociedad científica que incluye la medicina de la adolescencia es la que consultan la mayoría de los pediatras), y la tercera, un calendario «de máximos» que incluye las vacunas autorizadas y disponibles en el momento actual. Además, existe un cuarto calendario, el de los adolescentes no vacunados o insuficientemente inmunizados. La información prevacunacional a padres y adolescentes por parte del pediatra y del personal de enfermería, y en general de todos los profesionales sanitarios, acerca de todas las vacunas, es un aspecto que debe ser priorizado y nunca hay que olvidar.

Palabras clave: *Adolescencia; Vacunas; Calendarios de vacunaciones; Vacunas frente al virus del papiloma humano; Vacunas antimeningocócicas.*

Abstract

The adolescent vaccination calendar has been enriched in recent years with the authorization of new vaccines. In all countries adolescent vaccination coverage is lower than in children under 2 years of age, as it is then when the child has closer contact with the health care system. There are three proposals for a systematic vaccination schedule for adolescents: the Interterritorial Council of the National Health System, the Spanish Association of Pediatrics (which, as a scientific society that includes adolescent medicine, is consulted by most pediatricians), and thirdly, a calendar "of maximums" that includes the vaccines authorized and available at the present time. In addition, there is a fourth calendar, that of unvaccinated or insufficiently immunized adolescents. The vaccination information prior to its administration, given to parents and adolescents by the pediatrician, nursing staff, and any health professional, is an aspect that should be prioritized and must never be forgotten.

Key words: *Adolescence; Vaccines; Vaccination schedules; Vaccines against human papillomavirus; Meningococcal vaccines.*

Introducción

Los progresos en el calendario pediátrico de vacunaciones sistemáticas en la última década afectan a los dos extremos de la edad pediátrica: por una parte, a la protección del recién nacido y del lactante menor de 3 meses, con la incorporación de nuevas vacunas en el calendario de la embarazada, y por otra, a las inmunizaciones del adolescente, que también se han incrementado por las nuevas vacunas autorizadas.

El calendario de vacunaciones del adolescente se ha enriquecido en los últimos años con la autorización de nuevas vacunas: dos vacunas triples bacterianas de baja carga antigénica del componente *Bordetella pertussis* (Tdp_{a3} y Tdp_{a3} [tétanos, difteria de carga antigénica reducida tipo adulto, tosferina con componentes acelulares de carga antigénica reducida], tricomponente y pentacomponente para la tosferina, respectivamente), una vacuna combinada dTpa₃-VPI (virus de la poliomielitis inactivado tipo Salk), dos vacunas tetravíricas (sarampión, rubéola, parotiditis y varicela), tres vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH) (bivalente, tetravalente y nonavalente), tres vacunas antigripales tetravalentes,

y las vacunas frente a cinco serogrupos de *Neisseria meningitidis* (vacuna conjugada frente al serogrupo C, vacuna tetravalente conjugada frente a los serogrupos A, C, W, Y, y dos vacunas antimeningocócicas B). Estas 16 vacunas son necesarias para cumplimentar el calendario de vacunaciones sistemáticas, los calendarios incompletos y los calendarios de las situaciones especiales del adolescente.

La importancia de la inmunización del adolescente se ha de considerar en primer lugar en la historia clínica. La anamnesis debe contemplar los antecedentes de las vacunaciones recibidas, es decir, los tipos de vacunas, las dosis y las fechas de administración, con la finalidad de continuarlas o completar las que falten, y anotarlas o registrarlas correctamente en el carnet vacunal. Existen tres propuestas de calendario de vacunaciones sistemáticas del adolescente: la del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS, 2018), en la que se basan los 17 calendarios de las comunidades autónomas y de las dos ciudades autónomas; la de la Asociación Española de Pediatría (AEP, 2018), que como sociedad científica que incluye la medicina de la adolescencia es la que consultan la mayoría de los pediatras; y una tercera, un calendario «de máximos», con las vacunas autorizadas y disponibles en el momento actual (2018) (Tabla I). Además, existe un cuarto calendario, el de los adolescentes no vacunados o insuficientemente inmunizados (Tabla II).

Las vacunaciones del adolescente en circunstancias especiales deben atenerse, en general, a las mismas recomendaciones y normas que en otras edades de la vida. Las situaciones más importantes son los pacientes con enfermedades crónicas, con trastornos de la inmunidad y las adolescentes embarazadas. Deben considerarse también en esta etapa de la vida, las recomendaciones de vacunación como profilaxis posexposición frente a enfermedades de transmisión sexual, así como las inmunizaciones del viajero.

Las coberturas vacunales de los adolescentes en España correspondientes al año 2016, según datos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, son: a) sexta dosis de vacuna dT a los 14-16 años de edad: 82%; b) vacunación frente al VPH a los 11-14 años: 77,8%. Estas coberturas son más bajas, en todos los países, que las correspondientes a los primeros 2 años de la vida (entre el 95,4% y el 98%, según las vacunas, en España, en 2016), cuando el niño tiene mucho más contacto con el sistema sanitario y acude con más frecuencia y regularidad a las visitas de control del niño sano que más tarde en la adolescencia. Por esto es crucial que la vacunación del adolescente, para alcanzar y mantener unas altas coberturas vacunales, se realice en la escuela, como se ha demostrado, por ejemplo, con el programa de vacunación de la hepatitis B en el adolescente en Cataluña, durante 25 años. Además, la información prevacunal a padres y adolescentes por parte del pediatra y del personal de enfermería, y en general de todos los profesionales sanitarios, acerca de todas las vacunas, es un aspecto que debe ser priorizado y nunca hay que olvidar.

La historia clínica debe contemplar antecedentes de vacunas recibidas, tipo, dosis y fechas de administración

Para mantener altas coberturas vacunales en la adolescencia, las vacunas deberían administrarse en los centros escolares

Vacunaciones de rescate

Al realizar la anamnesis vacunal al adolescente hay que interrogar sobre las vacunas y las dosis que ha recibido para verificar si el calendario de la comunidad donde reside está al día, y se le solicitará el carnet vacunal. Sin embargo, la vacuna triple vírica, la de la varicela y las vacunas de las hepatitis B y A han formado parte, en algún momento, de los calendarios del adolescente, pero ahora se incluyen en el calendario del lactante (hepatitis B) o del niño (triple vírica, varicela y en algunas comunidades hepatitis A), por lo que deberá confirmarse que se han administrado ya que durante un tiempo coexistieron o se solaparon en los dos calendarios.

La vacuna frente al VPH se administra a las chicas preferentemente a los 11-12 años porque se considera la edad óptima; la recomendación es también aplicable a edades posteriores, en caso de retraso en su administración, dados los beneficios que puede seguir aportando, tal como se indica en el calendario de la AEP y en el calendario «de máximos», por lo que se incluye en este apartado de las vacunaciones de rescate en la adolescencia; rescate que también debe ser considerado en la mujer adulta.

La vacuna frente al VPH se administra en chicas a los 11-12 años, aunque es también aplicable en edades posteriores

Vacuna triple vírica, vacuna de la varicela y vacuna tetravírica

El sarampión, la rubéola y la parotiditis son tres enfermedades cuya incidencia ha disminuido de forma importante desde 1987, por la introducción de la vacunación sistemática con la vacuna triple vírica en 1981, a los 12-15 meses de edad (Cataluña la había incluido en 1980 a los 12 meses de edad). En 1988, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña introdujo una segunda dosis de esta vacuna a los 11 años de edad para niños y niñas, sustituyendo a la de la rubéola que se administraba a las niñas. Esta estrategia fue seguida posteriormente por todas las comunidades autónomas, y figuró en el calendario del Consejo Interterritorial del SNS de 1995. Con esta inmunización se iniciaba el calendario universal (chicos y chicas) de vacunaciones del adolescente.

La segunda dosis se implantó con dos objetivos: aumentar la cobertura vacunal de la población al inmunizar a todos los niños susceptibles por no estar vacunados previamente o por disminuir el fallo vacunal primario (eficacia del 95%), y por otra parte reforzar la inmunidad al conseguir un efecto *booster* que aumenta el título de anticuerpos, con lo cual se logra una protección más duradera, sobre todo en los escasos casos de fallo secundario. En 1999 se acordó adelantar la segunda dosis a los 3-6 años de edad, preferentemente a los 3-4 años, como parte del plan para la eliminación del sarampión, con el fin de que no hubiera niños susceptibles en edad escolar. De esta manera, dejó de ser una vacuna del calendario del adolescente.

No obstante, en los últimos años se han producido brotes de sarampión en muchos países europeos, y también de parotiditis. En cuanto a la rubéola, hay que señalar la alta tasa de susceptibilidad en la población inmigrante en edad fértil, debido a que en sus países de origen la vacunación se ha realizado durante muchos años con la vacuna monovalente del sarampión.

En este momento, la vacuna triple vírica forma parte del calendario del adolescente entre las vacunaciones de recuperación, y cabe recordar que no existen vacunas monovalentes frente a las tres enfermedades. Hay que vacunar con dos dosis separadas en un intervalo de 1 mes, si no se han administrado previamente las dos dosis de vacuna triple vírica después de los 12 meses de edad. Si el niño ya había recibido una primera dosis después de esta edad, se administrará la dosis restante. Se utilizará la vacuna tetravírica si hay que vacunar también de la varicela.

En relación con los brotes de parotiditis, en los Estados Unidos se ha recomendado (enero de 2018), la administración de una tercera dosis de vacuna triple vírica en estas situaciones para las personas de alto riesgo que determinen las autoridades sanitarias.

La varicela es, en la actualidad, la enfermedad exantemática más frecuente en la población infantil en los países desarrollados, tras la disminución de la incidencia del sarampión y de la rubéola gracias a la inmunización sistemática con la vacuna triple vírica. Desde el calendario de 2005 hasta el de 2017 del Consejo Interterritorial del SNS, la vacuna de la varicela ha figurado en la adolescencia, a los 12 años, para quienes refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunados con anterioridad con dos dosis. En el calendario de la AEP del año 2001 ya se incluyó a los 12-15 meses con un rescate a los 11-12 años. Se utilizará la vacuna tetravírica si hay que vacunar también del sarampión, la rubéola o la parotiditis.

Vacunas antihepatitis B y A, y vacuna combinada hepatitis A+B

La infección por el virus de la hepatitis B es una de las causas más importantes de hepatitis aguda y crónica, cirrosis y carcinoma hepatocelular primario. El mayor riesgo de enfermedad crónica se observa cuando se contrae la infección en el periodo perinatal (70-90%), es más bajo en los menores de 5 años (20-50%) y aún más en los niños mayores y en los adultos (5-10%).

Cataluña fue la primera comunidad autónoma en iniciar un programa de inmunización frente a la hepatitis B. En 1985 se puso en marcha un programa dirigido a determinados grupos que tienen un alto riesgo de padecer la enfermedad, como los recién nacidos hijos de madres portadoras del virus (HBsAg positivas) y las personas en contacto íntimo (convivientes y parejas sexuales) con portadores crónicos. En 1986 se aprobó el programa de inmunización pasiva y activa de los recién nacidos hijos de madres HBsAg positivas. En 1990 se consideró que, para obtener un impacto eficaz y a corto plazo sobre la incidencia de la hepatitis B, era conveniente implantar la vacunación en la adolescencia, ya que el riesgo de infección por este virus es bajo durante la edad infantil, pero aumenta de manera considerable a partir de la adolescencia, entre los 14 y los 25 años de edad, con el inicio de las relaciones sexuales y las conductas de riesgo, tal como mostraban los resultados de las encuestas seroepidemiológicas realizadas en Cataluña. Durante el curso 1991-1992, hace ahora 25 años, se inició la vacunación antihepatitis B de los niños y niñas de 11-12 años en las escuelas, y se incorporó al calendario de inmunizaciones.

Posteriormente, la vacuna de la hepatitis B se introdujo en el calendario de inmunizaciones sistemáticas de todas las comunidades autónomas en el primer año de vida, con dos pautas: 0, 2 y 6 meses, o 2, 4 y 6 meses (desde 2006-2007 la pauta es 2, 4 y 11 meses). Canarias y Cataluña fueron las dos últimas comunidades que hasta el año 2002 mantuvieron una estrategia vacunal exclusiva en el adolescente (11-12 años) y en los recién nacidos hijos de madre portadora.

La hepatitis A es una enfermedad infectocontagiosa que en los niños casi siempre tiene un curso leve (asintomática o con manifestaciones inespecíficas moderadas, sin ictericia), mientras que en los adolescentes y los adultos es sintomática (ictericia) y de mayor gravedad. Su prevalencia varía de manera

La vacuna triple vírica forma parte del calendario entre las vacunas de recuperación del adolescente. La tetravírica se utilizará si hay que vacunar de la varicela

Es conveniente implantar la vacunación de la hepatitis B en la adolescencia, ya que el riesgo de infección se incrementa entre los 14 y 25 años

importante de unos países a otros en relación con las condiciones higiénicas, sanitarias y socioeconómicas de la población. A medida que estas mejoran, disminuye la seroprevalencia en la población infantil, lo cual origina un cambio en el patrón epidemiológico de la infección, caracterizado por un desplazamiento de la curva de prevalencia de anticuerpos hacia edades más avanzadas, que da lugar a un incremento paulatino de la población adulta joven susceptible, en la que la enfermedad es más grave.

Desde 1993 se comercializa en España la vacuna monovalente contra la hepatitis A, y desde 1997 la combinada contra las hepatitis A y B, que facilita su incorporación al calendario de inmunizaciones sistemáticas, como ha ocurrido en Cataluña desde el curso escolar 1997-1998, donde se desarrolla un programa piloto de vacunación contra las hepatitis A y B en las escuelas, a los 11-12 años de edad, sustituyendo a la vacuna monovalente de la hepatitis B. De esta forma, al reducirse la incidencia de la infección por el virus de la hepatitis A en la infancia también se prevendrá la enfermedad en los adultos que la adquieren de los niños. Este programa piloto finalizó cuando la primera cohorte de lactantes vacunados de hepatitis B a partir de los 2 meses de edad llegó a la adolescencia (curso 2014-2015); a partir de entonces se ha continuado solo con la vacuna de la hepatitis A y se ha incorporado al calendario de vacunaciones sistemáticas a los 15 meses y a los 6 años. Ceuta y Melilla también la tienen en su calendario en el segundo año de vida. El resto de las comunidades autónomas solo la administran a los grupos de riesgo. Las elevadas inmunogenicidad, seroprotección y efectividad de esta vacuna, como se ha demostrado en Cataluña en los últimos 20 años, junto con la eficiencia de la vacunación, la aconsejan mientras no sea una vacuna sistemática en la infancia. Además, según los últimos estudios publicados, en un futuro próximo es posible que se pueda administrar en una pauta de una sola dosis.

La vacunación puede realizarse, según los casos, con las vacunas monovalentes de las hepatitis B o A, o con la combinada de las hepatitis A+B.

Calendarios de vacunación del adolescente

Calendario del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2018)

Se incluyen las siguientes vacunaciones:

1. Vacuna frente al meningococo del serogrupo C a los 12 años.
2. Vacuna frente al virus varicela-zóster a los 12 años, con dos dosis, en las personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad con dos dosis.
3. Vacuna frente al VPH a los 12 años solo a las chicas.
4. Vacuna Td (tétanos, difteria de carga antigénica reducida tipo adulto) a los 14 años.

Calendario de la Asociación Española de Pediatría (2018)

Se incluyen las siguientes vacunaciones sistemáticas:

1. Vacuna Tdpa a los 12-18 años, preferiblemente a los 12-14 años.
2. Vacuna frente al meningococo del serogrupo C a los 12 años.
 - En el apartado dedicado a esta vacunación se recomienda dar información y la administración individualizada de la vacuna MenACWY para niños y adolescentes: a partir de los 14 años que vayan a residir en países donde la vacuna se indique a esa edad, como los Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Austria, Grecia e Italia; mayores de 6 semanas de vida, en caso de viaje a países con alta incidencia de enfermedad invasiva por los serogrupos incluidos en la vacuna; y mayores de 6 semanas de vida con factores de riesgo de enfermedad meningocócica invasiva (asplenia anatómica o funcional, déficit de factores del complemento, tratamiento con eculizumab, episodio previo de enfermedad invasiva por cualquier serogrupo y contactos de un caso índice de enfermedad invasiva por serogrupo A, W o Y). Se informará de la disponibilidad de las vacunas meningocócicas tetravalentes a los padres de los niños de 14 o más años que deseen ampliar en sus hijos, de forma individual, la protección frente al meningococo.
3. Vacuna frente al VPH a las chicas, preferentemente a los 12 años, que se considera la edad óptima. La recomendación es también aplicable a edades posteriores, en caso de retraso en su administración, dados los beneficios que puede seguir aportando. Se debe informar y recomendar también a los chicos.

La vacuna del VPH se debe informar y recomendar también a los chicos

Calendario «de máximos» elaborado con las vacunas disponibles (2018)

Con las vacunas disponibles en España puede elaborarse un calendario, denominado «de máximos» (Tabla I), en el que figuran aquellas vacunas que se consideran recomendables para el adolescente, algunas financiadas por el SNS y otras no, ya que la recomendación individual no coincide siempre con la sistemática, debido sobre todo a criterios de eficiencia. La vacuna de la hepatitis A, presente en los calendarios de tres comunidades autónomas, se deberá administrar lo más precozmente posible. La vacuna antigripal anual se utilizará siempre en la forma tetravalente para obtener la máxima protección.

Vacuna frente al virus del papiloma humano

A finales de 2017 se cumplieron 10 años de la comercialización en España de las dos primeras vacunas frente al VPH, primero la tetravalente (VPH 6, 11, 16 y 18) en octubre de 2007, que ya había sido aprobada por la Food and Drug Administration en 2006, y luego la bivalente (VPH 16 y 18) en enero de 2008. Una tercera vacuna se comercializó en mayo de 2017, la nonavalente, que amplía el espectro al incluir cinco genotipos más (VPH 31, 33, 45, 52 y 58); la FDA la había autorizado en diciembre de 2014.

El 10 de octubre de 2007, el Consejo Interterritorial del SNS recomendó, e incluyó en el calendario de ese mismo año, la vacunación sistemática de las niñas de una cohorte, a elegir entre las de 11-14 años de edad por cada comunidad autónoma en función de sus necesidades, prioridades y logística de los programas de vacunación, con un plazo de implantación hasta el año 2010. Tres comunidades iniciaron la vacunación a finales de 2007 y el resto lo hicieron durante 2008. La vacuna está en el calendario de la AEP desde 2008. En noviembre de 2017, Cataluña incorporó en su calendario la forma nonavalente, mientras que en el resto de las comunidades autónomas se utiliza la bivalente o la tetravalente.

En estos 10 años de disponibilidad de vacuna frente al VPH (que junto con la vacuna de la hepatitis B son las únicas que previenen un cáncer) se ha progresado en su conocimiento y se han producido avances importantes en las estrategias de vacunación y en las indicaciones y recomendaciones: adelanto de la edad de vacunación en el calendario, pautas de dos dosis desde los 9 hasta los 13-14 años, vacunación sistemática del varón en algunos países, inmunización de la mujer más allá de la adolescencia, implementación de programas de vacunación en países en desarrollo, prevención de otras neoplasias, recomendaciones de vacunación para poblaciones de riesgo elevado de infección por el VPH, evidencia científica del impacto y la efectividad de la vacunación, y confirmación de su seguridad con más de 270 millones de dosis administradas, como ya se había observado en los ensayos clínicos.

La vacuna del VPH se recomienda en pauta de dos dosis desde los 9 años hasta los 13-14 años, y vacunación sistemática del varón en algunos países

El cambio más importante en el calendario de máximos de la vacuna frente al VPH es la universalidad, es decir, la recomendación a chicos y chicas. La infección producida por el VPH es una verdadera enfermedad pandémica, por ser universal y porque afecta a mujeres y hombres a lo largo de toda la vida y en todo el mundo. La vacunación sistemática en el varón ya se ha implementado en 13 países. Esta inmunización previene en el hombre las verrugas anogenitales y los cánceres de ano (indicaciones ya incluidas en la ficha técnica de las vacunas tetravalentes y nonavalentes), pene, escroto y orofaringe, pero la gran justificación de la vacunación universal es la prevención de la transmisión sexual de la infección, ya que tanto el hombre como la mujer están implicados en la cadena epidemiológica y pueden ser portadores asintomáticos, transmisores y enfermos. La vacunación universal disminuirá la tasa de transmisión del VPH, aumentará la protección de grupo y conseguirá la equidad vacunal.

La vacuna del VPH previene al varón de las verrugas anogenitales y los cánceres de ano, pene, escroto y orofaringe

El papel de los profesionales de la salud vinculados con la vacunación en la adolescencia (pediatras y enfermería pediátrica) y la edad adulta (médicos de familia y enfermería) está siendo primordial en la información y la sensibilización sobre las infecciones producidas por el VPH y su prevención, así como en la difusión y la aplicación de la vacunación, que en 2016 ha alcanzado en España una cobertura del 77,5% (algo inferior a la del año anterior). Si queremos disminuir la incidencia del cáncer relacionado con el VPH, debemos esforzarnos todos en aumentar las coberturas vacunales y lograr, con la vacunación sistemática de los varones, una inmunización universal.

Vacunas meningocócicas: frente al serogrupo B y tetravalente ACWY

La epidemiología de la enfermedad meningocócica en España, y en Europa en general, con diferencias según los países, ha experimentado cambios importantes en la última década. Por una parte, se confirma una disminución marcada de la incidencia (alrededor del 0,6/100.000 habitantes en España en 2016), y en cuanto a la distribución por serogrupos, el B continúa siendo el más frecuente, pero se ha producido una emergencia del W y del Y, sobre todo del primero, en el Reino Unido y en los países escandinavos, respectivamente. La distribución por serogrupos en el Reino Unido en 2016 fue: B 52%, W 28% e Y 13%. A partir de 2015 empezó a detectarse en España un aumento progresivo del número de casos de enfermedad meningocócica por el serogrupo W, aunque durante 2017 parece haberse estabilizado (datos provisionales); en la temporada 2015-2016, la distribución fue la siguiente: B 57,8%, W 10% e Y 6,4%.

El origen de la emergencia del serogrupo W fue que en el año 2000 se produjo un brote epidémico de enfermedad invasiva por este serogrupo en la peregrinación anual a La Meca. El serotipo implicado, ST-11CC82, muy virulento, se extendió a través de dos linajes diferentes a varios países africanos y a Latinoamérica, y desde allí al Reino Unido y otros países europeos.

El serogrupo Y también ha aumentado en algunos países de la Unión Europea, especialmente en los nórdicos, entre los años 2007 y 2011. En el periodo 2007-2009 el incremento fue del 42%, con un porcentaje de este serogrupo del 34%, el 25% y el 15% en Suecia, Noruega y Finlandia, respectivamente.

Otro dato relevante en la epidemiología de la enfermedad meningocócica en relación con el adolescente es que, en su distribución por edades, después del pico de máxima incidencia del primer año de vida y los menores de 5 años, se sitúa el grupo de 15 a 24 años (adolescentes y adultos jóvenes). Además, el número de casos en la adolescencia representa una importante proporción del total de casos, que oscila entre el 15% en Portugal y el 32% en Noruega. Por último, hay que destacar que el mayor porcentaje de portadores nasofaríngeos de meningococo, primer estadio en la transmisión de la infección, se observa en la adolescencia, con un pico máximo a los 19 años (23,7%), lo que convierte a este grupo en el primer transmisor de la infección, además de entre los adolescentes, a los niños pequeños y a las personas mayores.

En el Reino Unido, las autoridades sanitarias decidieron incluir en el calendario una dosis de vacuna conjugada tetravalente ACWY en lugar de la tercera dosis de vacuna meningocócica C a los 14 años. En España, por el momento, las autoridades sanitarias, teniendo en cuenta la situación epidemiológica actual y los criterios de eficiencia de la vacunación, solo han establecido recomendaciones para los grupos de riesgo, entre los que se incluyen los viajeros a países con elevada incidencia de los serogrupos W e Y, para quienes la vacuna está financiada.

En el calendario de la AEP se añade, además, que se informará de la disponibilidad de las vacunas meningocócicas tetravalentes a los padres de los niños de 14 o más años que deseen ampliar en sus hijos, de forma individual, la protección frente al meningococo.

En el calendario «de máximos» se incluye esta vacuna entre los 12 y los 16 años, de preferencia a los 14 años, en lugar de la tercera dosis de la vacuna meningocócica C. La sustitución de esta vacuna del calendario oficial se deberá explicar y razonar a los padres. Debido a que se ha observado una disminución en los títulos de anticuerpos con el paso del tiempo, se puede considerar una dosis de recuerdo en los sujetos vacunados que tengan alto riesgo de exposición a la enfermedad meningocócica, que en los Estados Unidos se indica a los 5 años. En la situación de un adolescente que hubiera sido vacunado a los 12 años con la vacuna frente al serogrupo C y que viajase a un país donde se recomienda la vacuna tetravalente, se le debería administrar esta vacuna.

La otra vacuna antimeningocócica del calendario del adolescente es la del serogrupo B. En España, por el momento, las autoridades sanitarias, teniendo en cuenta la situación epidemiológica actual (y hay que recordar que es el primero en frecuencia, claramente por delante de los serogrupos W e Y) y los criterios de eficiencia de la vacunación, solo han establecido recomendaciones para los grupos de riesgo, en los cuales la vacuna está financiada.

En el calendario de la AEP esta vacuna se incluye como sistemática, pero en el primer año de vida. En el calendario «de máximos» se recomienda, basándose en las características epidemiológicas antes mencionadas, a los 14-18 años en una pauta de dos dosis separadas por un intervalo de 1 mes.

En nuestro país, las vacunas meningocócicas sólo han establecido recomendaciones para los grupos de riesgo (viajeros a países con incidencia de los serogrupos W e Y)

Calendario de los adolescentes no vacunados o insuficientemente inmunizados

En la Tabla II se indica el número de dosis que requiere el adolescente que presenta un calendario de vacunaciones incompleto o que quiere iniciar las inmunizaciones. Son las llamadas pautas de rescate o aceleradas. Al cumplimentar este calendario hay que tener en cuenta siempre la edad mínima de aplicación de cada vacuna y los intervalos mínimos entre dosis, y el principio general de la vacunología: «dosis administrada, dosis válida; no hay que reiniciar pautas, sino continuarlas y completarlas, con independencia del intervalo transcurrido desde la última dosis».

En la vacunación con Td (se indican tres a cinco dosis en la tabla), una vez completada la primovacuna con tres dosis se recomienda utilizar la vacuna Tdpa en una de las dosis de recuerdo, aunque existen pautas que ya la utilizan en la tercera dosis de la primovacuna. Para que un adulto primovacuna en la adolescencia, o más tarde, se considere completamente inmunizado frente al tétanos, debe haber recibido al menos cinco dosis de vacunas con toxoide tetánico en su vida, por lo que, tras la primovacuna, deberá recibir dos dosis de refuerzo separadas por 10 años.

En la vacunación frente al VPH (se indican dos o tres dosis en la tabla), el número de dosis varía según la edad del adolescente y el preparado vacunal. Para la vacuna bivalente, la pauta de vacunación para los adolescentes de 9 a 14 años incluye dos dosis, la segunda administrada a los 6 meses de la primera (flexible entre 5 y 13 meses). La pauta de vacunación a partir de los 15 años es de tres dosis en los meses 0, 1 y 6. Para la vacuna tetravalente, la pauta de vacunación entre los 9 y los 13 años es también de dos dosis, administradas en los meses 0 y 6, mientras que para la nonavalente el intervalo de edad es de 9 a 14 años. La pauta de vacunación posteriormente es de tres dosis en los meses 0, 2 y 6. En las personas con inmunodepresión se recomienda usar siempre la pauta de tres dosis, independientemente de la edad.

La pauta de vacunación frente al VPH a partir de los 15 años es de tres dosis, en los meses 0, 1 y 6

CONCLUSIONES

La vacunación del adolescente forma parte de las estrategias preventivas incluidas en el plan de salud de este periodo de la vida. Al comienzo de la adolescencia (10 años), el pediatra debe incluir en la visita de control, además de las exploraciones y las pruebas de cribado correspondientes a la edad, consejos y educación para la salud, y en relación con las inmunizaciones:

- Asegurar la vacunación frente a la hepatitis B de los no vacunados previamente; la vacunación triple vírica de los no vacunados con dos dosis; la vacunación antimeningocócica C de los no inmunizados con una vacuna conjugada, al menos con una dosis después del año de edad; y la vacunación de la varicela a los susceptibles, es decir, a los no vacunados o que solo han recibido una dosis, o que no han padecido la enfermedad.
- Iniciar de forma precoz, a los 11 años de edad (se puede comenzar a partir de los 9 años), la vacunación frente al VPH, y hacer una vacunación de rescate de todas las adolescentes mayores de esta edad no vacunadas, preferentemente con vacuna nonavalente.
- Recomendar el calendario «de máximos», es decir, el que ofrece la máxima protección con las vacunas disponibles: una sexta dosis de vacuna frente a la tosferina, con la vacuna dTpa en lugar de la dT, hepatitis A, vacunas antimeningocócicas B y ACWY, vacunación universal frente al VPH, incluyendo por tanto a los varones, y vacunación antigripal anual.
- Registrar en un carnet las vacunas administradas, que el adolescente llevará siempre consigo y que pondrá en conocimiento del médico de familia cuando este se haga cargo de su asistencia.

Tablas y figuras

Tabla I. Calendario «de máximos» de vacunaciones del adolescente

Tdpa: tétanos, difteria de carga antigénica reducida tipo adulto, tosferina con componentes acelulares de carga antigénica reducida; VPH: virus del papiloma humano.

Tabla II. Calendario del adolescente (10-19 años) no vacunado: número de dosis recomendadas

| Vacuna | Nº dosis |
|--|-------------------------|
| Hepatitis B | 3 |
| Tétanos, difteria de baja carga antigénica | 3-5 (una dosis de Tdpa) |
| Poliomielitis | 3 |
| Sarampión, rubéola, parotiditis | 2 |
| Varicela | 2 |
| VPH | 2-3 (según la edad) |
| Meningococo B | 2 |
| Hepatitis A | 2 |
| Meningococo ACWY | 1-2 (según el riesgo) |

Tdpa: tétanos, difteria de carga antigénica reducida tipo adulto, tosferina con componentes acelulares de carga antigénica reducida; VPH: virus del papiloma humano.

Bibliografía

1. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. *Calendario de Vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría. Razones y bases de las recomendaciones 2018*. [Internet]. Madrid: AEP; 2018. [Consultado el 31 Ene 2018]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/calvacaep2018-razones-y-bases.pdf>
2. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. *Calendario de vacunaciones de rescate o acelerados 2018*. [Internet]. Madrid: AEP; 2018. [Consultado el 31 Ene 2018]. Disponible en: http://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/calvacaep_2018_acelerados_tablas.pdf
3. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. *Calendario común de vacunación infantil. Calendario recomendado 2018*. [Consultado el 31 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/salud-Publica/prevPromocion/vacunaciones/Calendario2018.htm>
4. European Centre for Disease Prevention and Control. *Expert opinion on the introduction of the meningococcal B (4CMenB) vaccine in the EU/EEA*. Stockholm: ECDC; 2017.
5. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. *Fichas técnicas de vacunas*. [Consultado el 31 Ene 2018]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/profesionales/fichas-tecnicas-vacunas>
6. Folaranmi T, Rubin L, Martin SW, Patel M, MacNeil JR. Use of serogroup B meningococcal vaccines in persons aged ≥ 10 years at increased risk for serogroup B meningococcal disease: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015;64:608-12.
7. MacNeil JR, Rubin L, Folaranmi T, Ortega-Sánchez IR, Patel M, Martin SW. Use of serogroup B meningococcal vaccines in adolescents and young adults: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015;64:1171-6.
8. MacNeil JR, Rubin L, McNamara L, Briere EC, Clark TA, Cohn AC. Use of MenACWY-CRM Vaccine in Children Aged 2 Through 23 Months at Increased Risk for Meningococcal Disease: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, 2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2014;63:527-30.
9. Moraga Llop FA. *Novedades en vacunología 2016-2017*. En: Campins Martí M, Moraga Llop FA, editores. *Vacunas 2017*. Madrid: Undergraf; 2017. p. 201-16.
10. Moraga Llop FA. Diez años de vacunación frente al virus del papiloma humano. De la dermatología a la oncología a través de la infectología. *An Pediatr (Barc)*. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.12.013>.
11. Moraga-Llop F, Hidalgo Vicario MI. *Calendario vacunal del adolescente: preguntas y respuestas*. *Adolescere*. 2013;XII:5-23.
12. Moreno-Pérez D, Álvarez García FJ, Álvarez Aldeán J, Cilleruelo Ortega MJ, Garcés Sánchez M, García Sánchez N, et al. *Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP): recomendaciones 2018*. *An Pediatr (Barc)*. 2018;88:53.e1-9.
13. Ortega Páez E, Esparza Olcina MJ. La edad óptima para vacunar con la vacuna conjugada antimeningocócica ACWY es entre los 12 y los 15 años. *Evid Pediatr*. 2017;13:50.
14. Patton ME, Stephens D, Moore K, MacNeil JR. Updated recommendations for use of MenB-FHbp serogroup B meningococcal vaccine — Advisory Committee on Immunization Practices, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2017;66:509-13.
15. The Society for Adolescent Health and Medicine. Adolescent consent for vaccination: a position paper of the Society for Adolescent Health and Medicine. *J Adolesc Health*. 2013;53:550-3.
16. Schneyer RJ, Yang C, Bocchini Jr JA. Immunizing adolescents: a selected review of recent literature and US recommendations. *Curr Opin Pediatr*. 2015;27:405-17.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. Respecto a la vacunación en la adolescencia, ¿cuál de las siguientes NO es cierta?

- a) Es importante realizar una historia clínica para conocer las vacunas administradas, nº de dosis y las fechas de administración.
- b) Existen tres propuestas de calendario: la del Consejo Interterritorial del SNS, la de la AEP, y un calendario «de máximos», con las vacunas autorizadas y disponibles.
- c) Existe también un cuarto calendario, el de los adolescentes no vacunados o insuficientemente inmunizados.
- d) Las coberturas vacunales de los adolescentes son tan elevadas como las de los niños.
- e) Todas son ciertas.

2. En cuanto a las coberturas vacunales del adolescente, según los datos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en 2016, ¿cuál es cierta?

- a) La cobertura de dT a los 14-16 años de edad es del 82%.
- b) La cobertura de dT a los 14-16 años es del 90%.
- c) La cobertura del VPH a los 11-14 años es del 77,8%.
- d) Es cierta la respuesta b.
- e) Son ciertas la a y la c.

3.- Respecto a la vacuna del Papiloma virus (VPV), de las siguientes afirmaciones, ¿cuál es cierta?

- a) El cambio más importante en el calendario de máximos es la recomendación universal (a chicas y chicos).
- b) La vacunación al varón se ha implantado ya en 13 países.
- c) Previene en el varón las verrugas ano-genitales, cáncer de ano, pene, escroto, orofaríngeo.
- d) Previene la transmisión sexual ya que tanto mujer y hombre están implicados en la cadena epidemiológica y pueden ser portadores asintomáticos, transmisores y enfermos.
- e) Todas son ciertas.

4.- Sobre la vacuna antimeningocócica B y tetravalente ACWY, ¿cuál no es cierta?

- a) Se ha producido, en los últimos años en nuestro país, una disminución de la incidencia de la enfermedad meningocócica.
- b) El serogrupo B continúa siendo el más frecuente. Se ha producido una emergencia del serogrupo W (Reino Unido) e Y (países escandinavos).
- c) Después del pico de máxima incidencia del primer año de vida y los menores de 5 años, se sitúa en el grupo de 15 a 24 años.
- d) El mayor porcentaje de portadores nasofaríngeos de meningococo se observa en los niños pequeños y personas mayores.
- e) El número de casos en la adolescencia representa una importante proporción del total de casos, que oscila entre el 15% en Portugal y el 32% en Noruega.

5.- Respecto a la vacunación del adolescente, ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?

- a) Asegurar la vacunación frente a la hepatitis B, meningococo C, triple vírica, a los no vacunados y varicela si no la pasó.
- b) Iniciar de forma precoz, a los 11 años de edad (se puede comenzar a partir de los 9 años), la vacunación frente al VPH.
- c) No es preciso realizar una vacunación de rescate de todas las adolescentes mayores de 11 años no vacunadas.
- d) Recomendar el calendario «de máximos»: una 6ª dosis de vacuna frente a la tosferina, con la vacuna dTpa en lugar de la dT, hepatitis A, vacunas antimeningocócicas B y ACWY, vacunación universal frente al VPH, incluyendo por tanto a los varones, y vacunación antigripal anual.
- e) Registrar en un carnet las vacunas administradas.

Respuestas correctas en la página 78.e29

Disforia de género en la infancia y adolescencia

F. López Sánchez. Catedrático de Psicología de la Sexualidad. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca.

Resumen

Ponemos de relieve las dificultades conceptuales, científicas y profesionales para afrontar esta diversidad en la identidad sexual o de género, describimos el proceso normalizado de desarrollo y los avatares de la hoy llamada disforia de género, así como algunas implicaciones en la práctica profesional y algunos debates aún no resueltos con prácticas suficientemente contrastadas.

Palabras clave: *Sexo y Género; Disforia de género; Infancia; Adolescencia.*

Abstract

Conceptual, scientific and professional difficulties to face diversity in sexual or gender identity are highlighted. The normalized development process and the vicissitudes of the so-called gender dysphoria are described, as well as some implications in professional practice and some debates not yet solved with sufficiently contrasted practices.

Key words: *Sex and Gender; Gender Dysphoria; Childhood; Adolescence.*

Introducción

En nuestra cultura la llamada transexualidad ha sido perseguida legalmente y rechazada socialmente y moralmente durante siglos. La ciencia legitimaba estas posturas. Cuando, avanzado el siglo XX, la ciencia empezó a estudiar la transexualidad acabó definiéndola como un trastorno de la identidad sexual, centrándose en indicadores biológicos: la contradicción entre la anatomía sexual y la identidad que aseguraban tener los transexuales (se saben y sienten pertenecer al otro sexo, considerando su cuerpo un error que desean cambiar). El acento y los criterios, en definitiva, estaba en el dimorfismo sexual y su incongruencia con lo que consideraban su verdadera identidad sexual.

Desde finales del siglo XX, la toma de conciencia de la discriminación de la mujer como causa de las asignaciones sociales, la falta de aceptación de diversas minorías sexuales y su lucha a favor de sus derechos y la aparición de teorías psicosociales que defienden la construcción social de la masculinidad y feminidad y rechazan la concepción binaria de la identidad sexual y de género, el acento se desplaza de la biología al "género". El DSM 5 confirma esta tendencia cambiando el nombre, evitando las palabras "trastorno y sexo", ahora "disforia de género" y, aún reconociendo el peso del dimorfismo sexual en los criterios diagnósticos, estos ya no son una condición necesaria, pudiendo ser suficientes los indicadores de género.

Los cambios sucesivos hasta el DSM 5, reflejan la tensión entre quienes toman como criterio central el dimorfismo sexual y quienes se centran en el género. Esta tensión no está resuelta aún, aunque el nuevo nombre "disforia de género" refleja el peso que en la actualidad tienen las teorías más ambientalistas y sociales.

En definitiva, los problemas teóricos, la falta de conocimientos científicos y las prácticas profesionales están lejos de resolverse⁽¹⁾.

Concepto de algunas precisiones básicas

El "Yo" biográfico, como eje y fundamento estable

Cuando hablamos de **identidad nos referimos a la conciencia del "YO"**^(2 y 3), que es el núcleo permanente de la IDENTIDAD. Yo he sido, soy y seré siempre yo, nunca otro, el mismo, con independencia de

Cuando hablamos de identidad nos referimos a la conciencia del "YO", que es el núcleo permanente de la IDENTIDAD. Yo he sido, soy y seré siempre yo, nunca otro, el mismo, con independencia de los cambios, incluidos los referidos a la identidad de género

los cambios, incluidos los referidos a la identidad de género. Dicho de otro modo, el “Yo” no cambia en cuanto tal, no cambia en lo que tiene de esencial, lo que me define como persona existiendo, es mi **“yo” biográfico a lo largo de la vida**. Esta identidad biográfica permanente se expresa en otras categorías del “Yo”, entre las que destacan la siguientes: soy corporal, soy mental, soy temporal, soy emocional-afectivo, soy sexual, etc. Desde el punto de vista estadístico, la mayoría de las personas tienen una fisiología sexual definida claramente como hombre o como mujer (aunque hay una minoría de personas intersexuales), y se saben, reconocen y sienten hombre o mujer, en correspondencia directa con su fisiología (aunque hay personas transexuales). En este caso, decimos que tienen una IDENTIDAD SEXUAL que se corresponde con la biología de su cuerpo.

Los errores de la religión, los científicos y los poderes del Estado

A partir de esta realidad, **tradicionalmente** el planteamiento que se hacía era el siguiente:

- Somos sexuados y hay dos sexos biofisiológicos, el del hombre y el de la mujer.
- Solo puede haber dos identidades, dos juicios sobre la propia identidad: soy hombre o soy una mujer.
- La orientación del deseo siempre ha de ser heterosexual.
- La identidad social y los roles sexuales son dos: el masculino y el femenino y deben corresponderse con el sexo.
- Si no era así, se hablaba de anomalía, trastorno o incluso conducta inmoral y delicto.

Las cosas **han cambiado y hoy se reconocen varias diversidades** en identidad sexual, la identidad pública relacionada con el sexo y el género, la orientación del deseo, etc. Pero aún hay numerosos problemas por resolver.

Los problemas sin resolver (1,2,3,4,5 y 6)

- a) No sabemos la causa de buen número de estas diversidades. En el caso de la “disforia de género” no sabemos el peso que tienen posibles factores biológicos y sociales. Se ha optado por dar más peso a lo social que al sexo, pero si los factores predominantes son los sociales y con razón se pone el énfasis en el carácter discriminatoria para las mujeres del género, ¿por qué la incidencia y prevalencia es mayor en los hombres?
- b) En el caso de la identidad sexual y/o de género no sabemos cómo va a evolucionar cuando el “malestar” aparece en el periodo prepuberal. ¿Conviene hacer el reconocimiento social (nombre, identidad y representación social) de la disforia de género y cuándo?, ¿si se mantiene hasta el inicio de la pubertad conviene iniciar el tratamiento hormonal?, ¿cómo tomarnos estadísticas tan diversas en serio tanto en relación a la epidemiología como en cuanto a la persistencia de la disforia de género?
- c) La diversidad de casos puede hacer difícil hacer diagnósticos precisos y proponer protocolos de intervención. Por ejemplo, ¿qué tienen que ver los que necesitan cambiar su anatomía sexual con quienes solo sienten malestar con la “construcción social” del llamado género?
- d) Desde el punto de vista clínico, los manuales de diagnóstico y las prácticas profesionales no dejan de cambiar, no solo por los nuevos avances de la ciencia (hormonales y quirúrgicos, por ejemplo) sino también por las presiones de diferentes grupos sociales (cómo los debates sobre los términos, las prácticas educativas y médicas, etc.).

Y yo me pregunto: Si dejamos de hablar de transexualidad y hablamos de “disforia de género”: ¿Debe darse la misma denominación diagnóstica a una persona que quiera cambiar su anatomía que a aquella que quieren cambiar solo algo que es una “construcción social”?

- e) ¿Debe estar la disforia de género en el DSM 5; si sí, ¿dónde?, si no, ¿dónde en términos médicos?
- f) Todas estas limitaciones y confusiones favorecen posturas sociales y políticas, comprensibles y que deben apoyarse, cuando se trata de defender derechos, pero no cuando estos asuntos pretenden resolver estos temas solo desde posiciones ideológicas radicalizadas, sin tener en cuenta lo que no sabemos y lo que aún dudamos. Por ejemplo, unos sacan autobuses con propaganda conservadora o retrasan o impiden determinada legislación o aplicación de prácticas profesionales y otros grupos radicalizados que pretenden no solo conseguir derechos y ayudas, sino también imponer conceptos y prácticas profesionales aún en discusión.
- g) En el caso de España, ¿tienen sentido leyes autonómicas distintas sobre este tema?

En la disforia de género son importantes tanto los factores biológicos como los sociales

- h) Los miembros del grupo GIDSEEN (2015): (Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad española de Endocrinología⁽¹⁾) añaden otras preocupaciones y dudas entre las que están:
- Unidades no oficiales privadas y públicas, sin control de titulaciones.
 - Que en algunos casos se hacen tratamientos precoces a demandas familiares, etc.
 - Con datos sobre persistencia no seguros.
 - Escasez de datos a largo plazo sobre eficacia y seguridad.
 - Sin un modelo legal explícito.
- i) Desde el punto de vista teórico, no están claros los términos, los conceptos y las supuestas interpretaciones o teorías. "Gender" se puede traducir por masculinidad y feminidad, conceptos imprecisos que indican el sexo y supuestas características de carácter, personalidad y roles sociales sexuados. Pero, como ocurre hoy en algunas teorías sociales, al rechazar este planteamiento binario y considerar la masculinidad y feminidad, sobre todo, como una construcción social, ¿qué es el género?, ¿cómo se forma?, ¿qué relación tiene el género con el sexo biológico?

Por ejemplo el concepto de transgénero puede interpretarse de dos formas muy distantes: (a) tomar el género como el sexo y entonces equivaldría al concepto de transexual y su malestar con el orden biológico y las convenciones sociales asociadas a este.

(b) tomar el género como las construcciones o asignaciones sociales asignadas como propias del hombre y la mujer. En este caso solo rechazarían las convenciones sociales, pero sin rechazar su cuerpo sexuado.

Estas interpretaciones son muy importantes de forma que, por ejemplo, si el género se refiere también al sexo, no podríamos hablar de género no binario porque somos una especie sexuada, con un dimorfismo sexual binario en hombre o mujer (la intersexualidad siempre tiene su origen en una anomalía en los procesos de desarrollo de la fisiología sexual, una minoría que debe ser aceptada y ayudada). Por ejemplo, las mujeres de la ciudad de Esparta (en la Antigua Grecia) eran educadas militarmente y las de Atenas no; pero nadie dudaba que todas eran mujeres. Si tomamos el género como "construcción social", con independencia del sexo, es evidente que las mujeres espartanas y atenienses tenían una vida y valores muy distintos y que desde este punto de vista el género no es binario, sino tan variable como las culturas, sociedades y hasta las personas concretas.

Claro que se puede interpretar el género de forma más compleja: Sexo y roles en la reproducción (basado en la fisiología sexual binaria), masculinidad-feminidad (como interacción entre factores biológicos y sociales) y roles sociales asignados (no explicables por factores biológicos, sino resultado de la socialización y el aprendizaje). En definitiva el orden biológico es binario y el orden social muy diverso, por lo que creo que no tienen razón los que no aceptan la diversidad real de las personas, pero tampoco los que niegan el dimorfismo sexual, como si la naturaleza humana sexuada no existiera.

¿Cómo podemos definir la disforia de género?

Algunos errores fruto de una militancia mal entendida^(1,5,7,8y9)

Con frecuencia en las asociaciones que defienden, con razón, los derechos de estas minorías y entre algunos profesionales se tiende a normalizar esta minoría y defender esta diversidad, se define la identidad sexual como "vivencia interna e individual del género tal y como cada persona la siente y autodetermina, pudiendo corresponder o no con el sexo en el momento del nacimiento"⁽⁹⁾.

Pero, considero que no es una definición adecuada, en primer lugar, porque este concepto reduce esta diversidad a la **subjetividad individual "sentida"**, como si su "Yo" fuera solo "emocional", cuando su dificultad es que no solo sienten, sino que ven y razonan y han aprendido que el sexo de su cuerpo y/o el género asignado es **objetivamente incongruente** o disarmónico con la identidad sexual o su identidad de género que están seguros tener.

En segundo lugar, aunque no sabemos la causa, sí conocemos **que su auténtica identidad no depende de su voluntad**, por lo que **el concepto de autodeterminación tampoco nos parece adecuado**. Puede reconocer lo que le pasa y aceptarlo o no, pero no somos libres para asignarnos una identidad sexual, al menos, aunque podemos tener cierto control sobre nuestra identidad de género o social. Si uno se autodeterminara, ¿cómo pedir ayudas de todo tipo?

En tercer lugar, pedir, con razón, como hacen asociaciones y profesionales, que ambos problemas requieran, según cada caso, **ayudas hormonales, quirúrgicas, psicológicas, educativas, sanitarias, etc., es**

El concepto de transgénero se puede interpretar de dos formas: tomar el género como el sexo o tomarlo como las construcciones o asignaciones sociales asignadas como propias del hombre o mujer

Las asociaciones definen la identidad sexual como la "vivencia interna e individual del género tal y como cada persona la siente y autodetermina"

una contradicción, si de entrada no reconocemos los problemas de forma adecuada. La normalización no empieza negando los problemas o cambiándolos de nombre, sino reconociéndolos y afrontándolos.

En cuarto lugar, **no sé si se pueden equiparar conceptualmente los casos basados en necesidad de intervenciones sobre anatomía, sexual, con aquellos que no necesitan intervenciones** hormonales o quirúrgicas (solo legales, educativas, laborales y sociales), los que no aceptan el sexo y género binario, los que sueñan y luchan por asumir uno de los sexos y roles binarios de forma más sexista que la población "normalizada".

En casi todos los casos, se rechaza el orden convencional de los roles en cuanto es asignado a su sexo biológico. Pero la variabilidad de formas que puede revestir lo que clásicamente se englobaba dentro del transexualismo, son muchas. Estos adolescentes, con frecuencia, **no aceptan el orden biológico, tampoco el convencional asignado a su sexo** (porque les marca aún más la identidad que no tienen); **pero sí pueden aceptar, en no pocos casos, el convencional que se acomoda a la identidad que están seguros de tener**. Es decir, una mujer biológica, que se sabe y siente hombre, puede estar encantada de asumir el rol que la sociedad asigna a los varones. Claro que esto no siempre es así, porque estas personas están en el mundo actual y, como tantas otras, pueden ser muy críticas con los roles y géneros sexistas. Pero no es infrecuente que éstas personas usen los roles convencionales para reforzar su cambio de identidad. Dos ejemplos, entre los muchos que hemos podido conocer en consulta:

- *Un varón, con biología de mujer, aún sin operarse (que era uno de sus objetivos más claros), ya vestía como varón, tenía nombre de varón y había conseguido trabajar en la construcción. Cuando al saludarme noté que su mano era muy áspera, le dije: "qué pasa... por qué tienes la mano tan áspera"; "porque soy el único que no usa guantes para trabajar, quiero tener manos de hombre", me contestó.*
- *Un adolescente que se sabía y sentía varón (pero su cuerpo era biológicamente de mujer), a pesar de las amenazas de su padre (que finalmente se cumplieron hasta el punto que hubo que llevarle a protección de menores) se cortó el pelo muy corto, se puso una faja en los senos, no aceptaba ponerse vestidos, se quitó los pendientes, etc. y todo para parecer "un hombre".*

Por tanto, las personas con disforia de género no necesariamente rechazan el orden convencional, siempre que les dejen elegir el rol o género que les ayude a sentirse mejor. De forma que hay dos formas de ser transgénero, cambiando al género asignado convencionalmente al otro sexo o rechazando los dos órdenes convencionales, el masculino y el femenino.

Propuesta de concepto

Lo esencial en el concepto creemos que se define mejor si la disforia de género es entendida en dos sentidos básicos: 1º: incongruencia entre el reconocimiento (social y personal) de que se tiene un sexo, mientras su "yo sexual" se sabe ser o desea ser del otro sexo, por lo que considera su sexo y la asignación en el nacimiento un error. 2º: cumpliendo esta primera condición o no, incongruencia entre el reconocimiento (personal) de que tiene una identidad de género personal (en cuanto construcción social de masculinidad o feminidad y roles asignados), distinta (contraria a la binaria asignada u otras alternativas). Ambas incongruencias, juntas o por separado provocan malestar o disforia en grados muy diversos.

Nuestra duda es si ambas incongruencias no deberían tratarse conceptualmente de diferente forma, en lugar de considerar a ambas "disforia de género", sin aclarar el uso o abuso que se hace de la palabra género, casi ocultando (especialmente el caso del lenguaje castellano) el sexo. Es evidente que en el DSM 5 se bascula en el concepto y en los criterios diagnósticos, que no repetimos aquí, del menor peso al dimorfismo del sexo al mayor peso del género, pero sin definirlo expresamente y sin aclarar si se interpreta como resultado de una interacción entre factores biológicos y sociales o una construcción solo social.

Precisiones

- Los indicadores diagnósticos varían según sexo y edad (DSM 5). Los cambios esenciales son que ya no se habla de un "trastorno" y no son una condición necesaria los indicadores de sexo. Normalmente los indicadores de género son predominantes en infantil, para ir adquiriendo más peso en primaria, mientras los de sexo adquieren más peso en la pubertad y adolescencia.
- En ambos casos, pueden compartir algunas demandas sociales y legales; pero cuando quieren cambiar su anatomía, las ayudas sanitarias (hormonales y quirúrgicas) que demandan son muy diferentes.
- En el caso de la disforia de género antes de la pubertad, la persistencia es muy variable, por lo que no puede haber un protocolo de intervención educativo, sanitario y social general.

Los adolescentes con frecuencia no aceptan el orden biológico ni el convencional asignado a su sexo, pero sí pueden aceptar, en no pocos casos, el convencional

La sintomatología social y clínica es muy variable en contenido e intensidad (DSM 5,^(5,6,10y11))

- Malestar (mental, emocional y conductual) con la anatomía, llegando a producir rechazos, deseo y exigencia de cambio, ocultamientos, no querer ver o acariciar, etc.
- Malestar con las representaciones sociales consideradas propias de los hombres: masculinidad y feminidad, formas de vestir, juguetes, juegos, compañía preferente, etc.. En unos casos las características del otro sexo le son muy atractivas, mientras en otros rechazan el género binario optando por otras alternativas.
- Conflictos familiares (con la familia nuclear o extensa): rechazo de los hijos o hijas con esta problemática, disciplina autoritaria y rígida, insultos, bromas, falta comprensión, etc.. El maltrato por parte de los padres y la huida de casa de los hijos son dos manifestaciones graves de este conflicto.
- Conflicto con el grupo de iguales por rechazos, bromas, acosos, vejaciones, etc, bien en la escuela o en la vecindad. La estigmatización es uno de los riesgos frecuentes.
- Conflictos escolares o en organizaciones infantiles o juveniles asistenciales, lúdicas, culturales o deportivas, por rechazo de la institución, sus profesionales o los compañeros.
- Dificultades sexuales y amorosas para ser aceptados.
- La sintomatología clínica puede ser muy diversa: ansiedad, depresión, ideas de suicidio, aislamiento social, dificultades en las relaciones sexuales y amorosas, absentismo escolar, huida de casa, etc.

Lo más adecuado es una **entrevista clínica** que abarque todos estos campos y desde varios puntos de vista: interpretación mental, emociones y sentimientos y conductas. Son necesarias varias fuentes de información: el menor, la familia (a veces hay que recurrir también a la familia extensa) y el tutor o un profesor de confianza.

Los síntomas más frecuentes son: ansiedad, depresión, ideas suicidas, aislamiento social y absentismo escolar, entre otros

La diversidad mayoritaria. El proceso de adquisición de la identidad sexual y de género (2,3y4)

La asignación de identidad, rol-género y orientación del deseo. La uniformidad convencional de la socialización de los dos sexos⁽⁷⁾

Las crías de la especie humana son socializadas como niños o niñas, cada vez de forma más temprana.

- Algunas parejas ya deciden dar vida no a una nueva persona, sino explícitamente a un niño o una niña. Esta manera de proceder no está permitida ni generalizada entre nosotros, pero ya se puede "comprar el sexo de los hijos", si uno está dispuesto a pagar lo que piden en algunos lugares del mundo. Es el sexo como elección básica o como condición para que un determinado embrión se le deje seguir adelante. Quienes hacen esto, obviamente, tienen una idea bien biológica y sexista de lo que es un hombre y una mujer, porque si no fuera así, no estarían tan motivados por definir el sexo de su descendencia.
 - Casi todos los padres y madres intentan saber, cuanto antes, cual es el sexo de su cría, para ello recurren a técnicas hoy generalizadas que permiten conocerlo.
 - Conocido el sexo de los hijos se organiza lo que será su habitación (cuna, cortinas, ropa de cama, pintura de la habitación, etc.) y se compra la ropa, los juguetes, etc., siguiendo las convenciones sociales sobre los niños y las niñas.
 - Es decir, antes de nacer, ya les espera un mundo organizado hasta el mínimo detalle: un mundo para un hombre o un mundo para una mujer.
 - Cuando nacen, confirman el sexo visualmente y comienza un sistema de trato que es una clara socialización desde muchos puntos de vista.
 - Nombre sexuado, de niño o niña. Esta asignación es tan importante que no sabemos relacionarnos con una cría humana sin saber "qué es".
- a) Asignaciones sexuadas. Este es el aspecto de la socialización más ladino y seguramente más conformador, porque reúne todas las expectativas sobre un ser humano. Un mundo de convenciones que se le presentan como el modelo a seguir.

- b) Trato diferente: verbal, táctil, etc. Lenguaje lleno de significados sexistas y formas de acariciar distintas: más suaves con las niñas, más fuertes con los chicos.
- c) Un mundo organizado en sexos que afecta a la figura corporal, a los adornos, a los vestidos, a los juguetes, a los juegos, a las actividades familiares y escolares, a las profesiones que se espera y facilita, etc.
- d) Una vida sexual que se espera y tolera que sea convencionalmente sexista, de forma que las niñas deberían acabar jugando como novias y madres, mientras los niños deben hacerlo como novios y padres.
- e) Un modelado de los padres, familiares, entorno y medios de comunicación que les conforma como masculinos o femeninos.

Lo importante es comprender que aún antes de que los niños y niñas se puedan autoclasificar como tales, los padres le han organizado una identidad sexual y un género, a partir de sus genitales externos.

De la clasificación y socialización ajena a la autoclasificación: la adquisición de la identidad sexual y el género

Antes de que los niños y niñas se puedan autoclasificar como tales, los padres le han organizado una identidad sexual y un género

— A lo largo del primer año de vida, la mayor parte de los menores acaban dándose cuenta, aún de forma muy imprecisa, de que hay dos tipos de personas: los hombres y las mujeres. Lo hacen basándose en los signos convencionales del rol (pelo largo-pelo corto; pendiente-no pendiente, vestido-pantalón, etc.) y en las diferencias anatómicas (presencia-ausencia de pene, tamaño de mamas, distribución del vello, etc.), así como en los múltiples señalamientos que a lo largo de los dos primeros años le han hecho sus cuidadores al referirse, con un lenguaje sexuado y con apreciaciones diferentes, a los hombres y a las mujeres.

— Entre los 18 y 24 meses, estos dos tipos de personas pueden ser diferenciados, dando un paso más: se autoclasifican como perteneciendo a uno u otro grupo: por ejemplo, “soy niño, como mi padre y mi hermano”; “soy niña como mi madre y mi tía”.

Esta autoclasificación es, por tanto, muy posterior a la clasificación que habían hecho los adultos, incluso antes de nacer y, obviamente, está muy influida por los genitales externos y el nombre asignado, la ropa que le ponen y el tratamiento como niño o niña durante los primeros dos años de vida.

— Durante el tercer año de vida y en los posteriores, los niños y las niñas generalizan esta autoclasificación al resto de cosas de la vida: “como soy niño, no debo llorar sino ser un tío duro, me gustarán las niñas y finalmente tendré por novia y mujer a una niña”.... Y así van generalizando a todos los campos una clasificación que les parece incuestionable.

— Aún así, hasta los 5 o 7 años no son del todo consecuentes con esta asignación. De forma que, aunque tengan muy claro que son un niño o una niña, pueden pensar que de mayores serán del otro sexo, que el sexo puede cambiar y, sobre todo, se muestran muy sensibles a la “sugestión contraria”. Solo entre los 5 y 7 años se muestran seguros de tener una identidad sexual basada en su biología (genitales muy especialmente), que no cambiará con el paso del tiempo. Es decir, distinguen entre sexo y convenciones sociales, por más que pueden dar mucha importancia éstas, si ha habido una socialización muy sexista.

Los niños entre los 5 y 7 años se muestran seguros de tener una identidad sexual basada en su biología, que no cambiará con el paso del tiempo

Siendo esto así habría dos opciones sociales radicales sobre las cuales quiero que el lector reflexione:

- 1ª. La actual: como la mayoría se socializa, sin conflicto, en la identidad conforme a su biología y los roles sexuales y sociales asignados. Lo mejor es no cambiar nada en la socialización.
- 2ª. Organizar toda la sociedad de forma radicalmente distinta, de forma que no hubiera una identidad sexual asignada, ni unos roles sexuales y sociales convencionales y dejar que cada persona se autoclasifique y se represente y viva como quiera.

Nuestra postura es contraria a ambas propuestas.

La primera es inaceptable, porque las convenciones sociales, roles sexuales y sociales, feminidad y masculinidad, etc. tienen contenidos discutibles y discriminatorios.

La segunda no me parece posible, porque negaría el dimorfismo sexual y el derecho de la mayoría a saberse y sentirse hombre o mujer y a aceptar, sin conflicto, una socialización distinta.

Proponemos, como mejor alternativa:

- a) Aceptar la identidad sexual como la vive la mayoría, como hombre o como mujer, no problematizando a la mayoría para supuestamente ayudar a unas minorías.

- b) Hacer una socialización más crítica con los roles sexuales y sociales asignados a los hombres y a las mujeres, de forma que desaparezcan todos los contenidos de discriminación. Dejar que la feminidad y masculinidad no discriminatoria sean alternativas personales, incluido también el llamado androgenismo (compartir una combinación de ambas u otras alternativas no discriminatorias).
- c) Dejar y favorecer que cada niño o niña se autoclasifique conforme lo hicieron cuando nació, aceptando esta autoclasificación como la más adecuada, si es armónica con su biología sexual.
- d) Reconocer y aceptar que hay niños y niñas que sienten malestar con su biología sexual externa y se autoclasifican de forma contraria a ella. Esta minoría debe ser aceptada, diagnosticada y ayudada.

Los niños que sientan malestar con su biología sexual externa y se autoclasifiquen contraria a ella, deben ser aceptados, diagnosticados y ayudados

Las posibles vicisitudes de la identidad y el género

Y es ahora cuando podemos empezar a centrarnos y comprender la incomodidad y malestar que supone para un niño o una niña, para un hombre o una mujer, no poder aceptar este ORDEN BIOLÓGICO Y CONVENCIONAL. El desacuerdo, mental y emocional, con el orden biológico, con el convencional o con ambos lo expresan muchas personas, por razones diversas.

En primer lugar, las **feministas⁽⁷⁾** y **todas las personas que rechazan la construcción sexista** de los sexos, que no aceptan, con razón, el "orden convencional por discriminatorio para las mujeres. Aunque hay muchas diferencias entre las feministas, en general, no ponen en cuestión el "orden biológico", las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer, ni la identidad sexual, pero sí lo que suelen denominar identidad de género sexista, construida y asignada a los sexos de forma discriminatoria para servir a intereses machistas, subordinando y minusvalorando a la mujer.

Las **personas homosexuales^(2,3y8)** no aceptan normalmente las convenciones sociales asociadas al sexo biológico y suelen ser combativas con la identidad de género masculina y femenina asignadas a hombres y mujeres por la sociedad. Pero las personas homosexuales y bisexuales no ponen en cuestión el "orden biológico", sino algunos de los usos y abusos que se han hecho de él. Y esto es así, porque estas personas aceptan su biología y su cuerpo tal y como es, no demandan modificaciones, únicamente resuelven sus necesidades sexuales y amorosas con personas de su mismo sexo biológico. O están abiertas a ambos sexos, caso de las personas bisexuales.

Las **personas transexuales^(1,2,6,10)** propiamente dichas no aceptan el orden biológico, porque rechazan, en uno u otro grado, su cuerpo sexuado, dado que están seguras de tener una identidad en contradicción con su biología sexual. Tampoco aceptan el orden convencional de los roles sexuales asignados en el vestir, adornarse, etc. Pero unos (a) son críticos con los roles de género construidos socialmente y no aceptan el género binario, y otros (b) no aceptan el género que se les asigna socialmente en razón de su sexo, pero sí, y de forma muy convencional, el asignado al otro sexo, justo con el que coincide la identidad sexual que saben tienen o desean tener.

Las personas transexuales no aceptan el orden biológico, porque rechazan su cuerpo asexual

Algunos menores prepúberes^(2 y 6), en algunos casos desde los años preescolares, se saben (están convencidos), se sienten (se viven emocionalmente a sí mismos) y se reasignan como niño, a pesar de tener un cuerpo biológico de niña; o como niñas, a pesar de tener un cuerpo biológico de niño, creándoles malestar también "el género" asociado a su anatomía (ropa, juguetes, juegos, etc.). Otros lo que rechazan es el "género" asignado, sin cuestionar abiertamente su anatomía. (Ver criterios en DSM 5).

Disforia de género en la adolescencia

Los criterios diagnósticos han cambiado. En el DSM 5⁽⁵⁾ esta problemática no se denomina "trastorno de la identidad sexual" sino "disforia de género" y no es necesario el rechazo explícito de su anatomía corporal, aunque el malestar con el sexo adquiere más importancia diagnóstica que en los prepúberes. Incluso en la adolescencia se ha basculado de poner el acento en la disarmonía con la anatomía sexual a la disarmonía con el llamado "género". Por otra parte, las medidas y respuestas profesionales e incluso los criterios para hormonarse y hacer operaciones quirúrgicas han cambiado y seguirán cambiando por lo que conviene pedir ayuda a buenos profesionales^(1 y 6).

Algunos adolescentes habiendo vivido o no esta problemática en la infancia, **se saben** (hacen un juicio), **se sienten** (su bienestar o malestar) y **se reasignan con una identidad sexual** (si no lo han hecho antes) **que contradice el orden biológico**. Es decir, si tienen un cuerpo de varón, se saben y sienten mujeres, considerando el cuerpo un error que hay que procurar resolver. O viceversa, si tienen un cuerpo de niña. **Otros no ponen el acento en la disarmonía anatómica, sino en el "género"** y sin demandar cambios de sexo se reasignan con el otro género u otra forma de género no convencional.

Epidemiología

Tenemos **problemas** desde hace años para poder manejar datos razonablemente seguros sobre transexuales adultos, incluso cuando el concepto era más restrictivo y preciso, centrado en la incongruencia anatómica y la conciencia del yo. Recuerdo manejar la estadística de 1 cada 100.000 y haber visto yo, solo y sin consulta propiamente dicha, a 5 personas de Salamanca ciudad (150.000 habitantes entonces). Hoy se siguen dando cifras bien diversas, en torno a 1 cada 10.000, cifras que van a seguir aumentando con los nuevos criterios diagnósticos, menos restrictivos, y suelen ser mayores en el caso de los hombres biológicos.

Además, las estadísticas de hace unos años no son válidas en la actualidad porque el concepto es más amplio.

En el caso de los menores, las estadísticas son aún muy imprecisas porque (a) los prepúberes pueden oscilar (antes de los 5 años estas oscilaciones pueden considerarse evolutivas), (b) los indicadores de más peso no son los anatómicos, se siguen basando en el género binario (c) con frecuencia no mantienen la persistencia posterior pudiendo evolucionar y dejar de sentir malestar y rechazo con su cuerpo sexuado y género asignado, o pueden acabar definiéndose como homosexuales o bisexuales en la adolescencia o vida adulta, travestis, etc.

Por eso entiendo que en el caso de España, por ejemplo, (Esteba, J., y Otros, 2016) se opten por señalar la **demanda en las Unidades** Asistenciales creadas que participan en el recuento: 5.187 hasta 2016: 10% menores de 17 años. Con un cambio en los recuentos que los autores etiquetan de "dramático", a partir de 2010: 98 casos por debajo de doce años y 465 adolescentes. También señalan un aumento de demanda cruzada de hormonas, a partir de 16 años, mientras se empieza también a demandar un tratamiento hormonal, a partir del II estadio de Tanner, para evitar el sufrimiento de tener que soportar los cambios puberales en determinados sujetos.

Las estadísticas son especialmente difíciles en el periodo prepuberal y aún durante la pubertad, dependiendo cuando se toma la edad de referencia del diagnóstico, la población y el muestreo (en muchos casos son datos sin poder hacer referencia precisa a la población de referencia), limitándose a casos de incidencia diagnosticados o tratados. Es decir, no estamos en condiciones de ofrecer datos sobre prevalencia en la población de la disforia de género, aunque la demanda no deja de aumentar y no son pocos los profesionales extrañados o abiertamente alarmados.

Algunas estadísticas recientes⁽⁶⁾ mantienen gran incertidumbre sobre la persistencia de la disforia de género desde la infancia, con muestras pequeñas. En varios estudios holandeses, entre 27% y 55%, en uno australiano, el 81% y uno madrileño con 45 sujetos, el 95%. El Grupo español GIDSEEN lo cifra la persistencia⁽¹⁾ entre el 80 y 95%.

Es evidente, por otra parte, que la persistencia será mayor si el diagnóstico es más en términos de edad y más aún si se hace tratamiento hormonal en los inicios de la pubertad (normalmente a partir del estadio II de Tanner).

En definitiva, los datos de persistencia, dadas las muestras aún reducidas, el poco tiempo de seguimiento longitudinal y la variabilidad de los datos, no permiten proponer protocolos generales con la población de menores, por lo que a partir de unos procedimientos básicos comunes, en los que es central un buen diagnóstico, hay que tener en cuenta la capacidad real y legal de decidir del menor y de la familia o tutores para ofrecer unas ayudas u otras.

Las discusiones sobre el momento más adecuado para legalizar el cambio de identidad personal y social, así como la oportunidad de hormonar a partir de la II fase de Turner, sus ventajas y riesgos, y los efectos a largo plazo, reflejan bien la necesidad de estudios y seguimientos más precisos y con muestras mayores.

Recomendaciones^(1,6,10,11y12)

- a) **Aceptar la identidad sexual que las personas saben y sienten que tienen.** Es un derecho básico de la persona aceptar la identidad sexual que sabe y siente que tiene.
La incondicionalidad de la familia a favor del bienestar de la vida engendrada, la educación más flexible en los roles de género y el apoyo dentro del sistema escolar es fundamental.
- b) **Ayudar a estas personas a recuperar el mayor grado de armonía que sea posible tomando como referencia su identidad radical, la asentada en el Yo.**

La persistencia de la disforia de género en nuestro país, según estudios españoles, oscila entre el 80 y 95%

Es un derecho básico de la persona aceptar la identidad sexual que sabe y siente que tiene

- c) **Estas ayudas deben ser gratuitas, porque la identidad no es un capricho, ni una elección, es lo que SOMOS.** Y lo que “somos” no es negociable con nadie, ni siquiera con nosotros mismos, esta es la radical identidad. **Y lo que SOMOS ES UN DERECHO, y como tal debe ser tratado.**
- d) **Los padres que no acepten la identidad sexual de sus hijos menores y las instituciones que no acepten la identidad sexual de los menores** deben ser considerados penalmente maltratadores. Cambiar la legislación penal es, en este sentido, prioritario.
- e) **Los servicios sanitarios deben prestar ayuda gratuita:** una intervención integral bio-psico-social y siempre individualizada, con itinerarios personalizados.
- f) En ella el rol prioritario en la **toma de decisiones** es el de la persona con disforias de género. Si es menor es fundamental el rol de los padres o tutores en la toma de decisiones, no para anular la auténtica identidad de sus hijos o hijas, sino para apoyarles en todos los sentidos, tanto si van a tener un tiempo de espera antes de hormonarse u operarse, como a lo largo de todo el proceso.
- g) **El itinerario del proceso no debe ser igual para todos,** sino siempre personalizado, teniendo además en cuenta que las propuestas profesionales cambian y, a veces, hay desacuerdos profesionales por razones de diverso tipo, no solo científicas.
- h) Los servicios de ayuda deben **extremar los cuidados en la evaluación** y en la toma de decisiones irreversibles.
- i) Creemos que debería haber **una ley a favor de esta minoría que fuera Europea, o al menos nacional,** en lugar que cada autonomía proponga planteamientos diferentes, según el color político de turno, ofreciendo derechos y ayudas distintas en el mismo país.

Los padres que no acepten la identidad sexual de sus hijos menores y las instituciones que no acepten la identidad sexual de los menores deben ser considerados penalmente maltratadores. Es prioritario cambiar la legislación actual

La práctica pediátrica

El rol de los profesionales de la pediatría no es fácil por cuanto acabamos de decir. En todo caso, en nuestra opinión creemos que:

- a) Deben favorecer en sus intervenciones con la familia una socialización de los niños y niñas en el reconocimiento de que tienen una identidad sexual definida como tales, ayudándoles a reconocerse según su dimorfismo sexual. Asignarle una identidad sexual basadas en la anatomía es lo correcto, salvo intersexuales, en cuyo caso deben enviar a un servicio especializado.
- Igualmente me parece adecuado, dentro de la variedad social y la flexibilidad educativa, que les socialicen como niños y niñas en todos aquellos aspectos que no sean discriminatorios en razón del sexo. Se trata en definitiva de reconocer que somos sexuados y estamos en una sociedad concreta en la que la mayoría no tiene, ni hemos de crearle problemas sobre su identidad sexual.
- b) Detectar posibles casos de disforia de género en la infancia, a través de la entrevista con los menores y sus familias. Los criterios de diagnóstico del (DSM 5) son al día de hoy los que más pueden ayudarles, aunque no deben precipitar un diagnóstico, sino enviar a una consulta especializada. A partir de este momento, los especialistas serán la referencia profesional para los propios pediatras, acordando con el menor, la familia y los especialistas las ayudas más convenientes.
 - c) En general, por nuestra parte, somos partidarios de organizar un tiempo de espera, al menos, hasta los seis o siete años, por las razones evolutivas comentadas. Y consideramos que puede alargarse, si el menor y la familia aceptan bien y sin “disforia” clínica importante este compás de espera (por los datos inseguros sobre persistencia). En todo caso, si se opta por un cambio de identidad de género, además del menor y la familia, hay que tener en cuenta la legislación, lamentablemente diversa en las comunidades autónomas.
 - d) Por mi parte, y dada mi especialidad, no soy la persona que deba valorar posibles tratamientos hormonales llegada la pubertad y después de los 16 años. Tampoco los posibles tratamientos quirúrgicos posteriores. Un equipo interdisciplinar es necesario para evitar errores.
 - e) En relación con las ayudas al menor durante el periodo de espera, es fundamental el trabajo con la familia y con el propio niño o niña con disforia de género. Aceptar incondicionalmente a la vida (niño o niña) que sea engendrado, no maltratar e ir aceptando los cambios progresivos aconsejados por un especialista es lo más importante.

Finalmente, la instrucción verbal, emocional más decisiva es decirle: podrás ser como eres y como te sientas y nosotros te apoyaremos incondicionalmente. En los siguientes cuadros indicamos lo esencial del rol de la familia, que debe ser completado con el apoyo escolar.

En relación con las ayudas al menor durante el periodo de espera, es fundamental el trabajo con la familia y con el propio niño o niña con disforia de género. Aceptar incondicionalmente a la vida engendrada, no maltratar e ir aceptando los cambios progresivos aconsejados por un especialista es lo más importante

La instrucción verbal, emocional más decisiva es decirle al niño/a con disforia de género: podrás ser como eres y como te sientas y nosotros te apoyaremos incondicionalmente

Intervención con familia (1)

| Lo que deben saber | Lo que no debemos hacer mientras esperamos |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Hecho de la diversidad• Desconocemos la causa• Evolución incierta | <ul style="list-style-type: none">• Maltratar al hijo/hija• Castigar por ese motivo• Bromear con este tema• Estar continuamente comentándolo• Sobreprotegerle• Hacer teorías causales o predictivas |

Intervención con familia (2)

| Lo que debe hacer | Lo que no debe hacer |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Aceptación incondicional• Aceptar la identidad que dice tener (si está bien diagnosticado)• Permitirle iniciar ciertos cambios sociales• Seguir los consejos del especialista• Usar la identidad que desea el menor (si ya está diagnosticado) | <ul style="list-style-type: none">• Maltratar al hijo/hija• Castigar por este motivo• Bromear con este tema• Sobredimensionar el problema• Sobreprotegerle• Hacer teorías causales |
| Lo que hay que hacer con el entorno | |
| <ul style="list-style-type: none">• Evitar rechazos, bromas, etc.• Ayudarle a una interacción diversa con los iguales• Para ello es necesario trabajar con los tutores y alumnos En el marco de la educación sexual estaría muy bien | |

Intervención con familia (3)

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Aceptar incondicionalmente al hijo/hija en su diversidad |
| <ul style="list-style-type: none">• Protegerle de los rechazos, críticas o bromas<ol style="list-style-type: none">a) Adaptación inteligente al medio, si es posibleb) Intervenciones escolares y familiares para que acepten la diversidadc) Evitar los errores citados de los abuelos, tíos, primos |
| <ul style="list-style-type: none">• Si hay periodo de transición:<ul style="list-style-type: none">— Flexibilidad con manifestaciones contrarias a biología— Procurar que use, al menos, juguetes y juegos de ambos sexos— Procurar que use, al menos, vestidos y adornos de ambos sexos |

Intervención con familia (4)

| Lo que sí podemos decir |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Vas a poder ser como seas realmente (profesiones, roles e identidad)• No te angusties ahora, ya irás viendo como te sientes y lo que quieres• Te querremos y apoyaremos de todas las maneras• Incondicionalidad de aceptación, estima, afectos y cuidados |

Bibliografía

1. Antonio de, I., Asenjo N., Hurtado F. Fernández, M., Vidal, A., Moreno, O., Lucio, M. J., López, J. P. (Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición) Documento de Posicionamiento. *Disforia de Género en la infancia y adolescencia. Endocrinología y nutrición: órgano de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición*, Vol. 62, N° 8, 2015, 380-383.
2. López, F. *Identidad del Yo, identidades sexuales y de género* En O. Moreno. Y L. Puche (coord). *Transexualidad, adolescencias y educación, miradas multidisciplinares*. Editorial Egales. Madrid, 2013, 135-150.
- 3- López F. *Educación sexual*. Biblioteca Nueva. Madrid, 2005.
4. Becerra, A. *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Díaz de Santos. Madrid, 2003.
5. Fernández M., Guerra, P., Díaz, M. y Grupo GIDSEEN. C. Med. Psicosom. N° 110, 2014,:25-35.
6. Hurtado F. *Disforia de género en la Infancia y Adolescencia*. Guía práctica de clínica. Rv. Esp. Endocrinol. Pediatric. 2015, 6, Suppl. (1), 45-52.
7. Lamas, M. *Identidad de género y feminismo*. Ed. Miguel Ángel Porrua. Madrid, 2013.
- 8- López, F. *Educación sexual y ética. (especialmente el capítulo dedicado a la ética de la diversidad)*. Pirámide. Madrid, 2017.
9. Comunidad Valenciana. *Ley del 7-8-2017 de la Generalitat integral sobre el derecho a la identidad y a la expresión de género en la Comunidad Valenciana*. Valencia, 2017.
10. Moreno, O. y Puche L. (coord). *Transexualidad, adolescencias y educación, miradas multidisciplinares*. Editorial Egales. Madrid, 2013.
11. Rodríguez J M, Asenjo N, Lucio M J, Pérez G, Rabito, M F, Fernández, M J y cols. *Abordaje psicológico de la transexualidad desde una unidad multidisciplinaria: la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid*. *Revista Internacional Andrología*. 2009; N° 7:112-20.
12. López, F. *Ética de las relaciones sexuales y amorosas*. Pirámide. Madrid, 2015.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. **El DSM 4 se refiere a “Trastorno de la identidad sexual” y el DSM 5 a “Disforia de género”. ¿A qué cree Ud. que se ha debido?:**
 - a) Evitar la palabra “Trastorno”.
 - b) Rechazo de una construcción binaria de la identidad sexual y de género.
 - c) Ausencia de criterios científicos esclarecedores.
 - d) Todas son ciertas.

2. **Entre los síntomas clínicos que aparecen en la Disforia de género, hay uno que es falso:**
 - a) Malestar mental y emocional con la anatomía que presentan.
 - b) Siempre son bien tolerados por la familia por su incondicionalidad.
 - c) Conflictos sociales y con el grupo.
 - d) Frecuentemente tienen síntomas depresivos, ansiosos e incluso ideas suicidas.

3. **Dentro de las indicaciones de intervención familiar, ¿cuál cree Ud. que no debe hacerse?**
 - a) Aceptación incondicional del hijo.
 - b) Permitirle ciertos cambios sociales.
 - c) Castigar por este motivo.
 - d) Aceptar la identidad que dice tener.

Respuestas correctas en la página 78.e29

Disforia de género en menores: actitud diagnóstica y tratamiento

M.T. Muñoz Calvo. Servicio de Endocrinología Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Departamento de Pediatría. Universidad Autónoma. Madrid.

Resumen

El proceso diagnóstico de la disforia de género en menores se produce en varias etapas, y el abordaje debe ser multidisciplinar, basado en las recomendaciones publicadas por grupos de expertos. Tras confirmación del diagnóstico, los menores o las familias que así lo soliciten serán valorados desde el punto de vista endocrinológico. La terapia hormonal no debe iniciarse antes de que los menores alcancen un desarrollo puberal estadio 2 de Tanner. El tratamiento con análogos de GnRH de liberación sostenida tiene como objetivo suprimir la activación del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, sabiendo que dicho tratamiento es totalmente reversible. En una segunda fase, al tratamiento con análogos de GnRH hay que añadir una terapia hormonal con esteroides sexuales para inducir el desarrollo puberal en el sexo sentido. Según las diferentes guías esta segunda fase sería hacia los 16 años de edad, momento que podría ser individualizado en función de la situación concreta de cada caso. El momento óptimo para realizar la transición al especialista de adultos debe de ser consensuado, en conjunto entre el endocrinólogo infantil y el de adultos, y de acuerdo con los menores y sus familias.

Palabras clave: *Disforia; Adolescencia; Supresión puberal; Tratamiento.*

Abstract

The diagnostic process of gender dysphoria in minors takes place in several stages, and the approach must be multidisciplinary, based on recommendations published by groups of experts. After confirming the diagnosis, minors or families who so request will be assessed from the endocrinological point of view. Hormone therapy should not be initiated before children reach a Tanner stage 2 of pubertal development. The aim of treatment with sustained release GnRH analogues is to suppress the activation of the hypothalamic-pituitary-gonadal axis, being this treatment is completely reversible. In a second phase, treatment with GnRH analogues will continue and hormonal therapy with sexual steroids must be added to induce pubertal development of the opposite sex. According to different guidelines, this second phase would be around 16 years of age, however the exact timing could be individualized according to the specific situation of each case. The optimal time to transition to the adult specialist must be agreed upon, jointly between the pediatric and the adult endocrinologist, and in agreement with children and their families.

Key words: *Dysphoria, Adolescence, Pubertal suppression, Treatment.*

Introducción

La adquisición de la identidad de género es un proceso que se inicia en edades muy tempranas de la vida y termina en la adolescencia, siendo un tema controvertido la valoración de una posible disforia de género (DG) en los menores⁽¹⁾.

El proceso diagnóstico de la DG en la infancia es muy largo y complejo. Se produce en varias etapas y existe una gran heterogeneidad en la evaluación clínica al inicio y durante el seguimiento. Sólo el 6-27% de los casos detectados de DG persistirán en la edad adulta, pero en aquellos niños puberales que persiste la DG o tienen un empeoramiento es poco probable su regresión en la edad adulta.

El abordaje de menores con DG que soliciten asistencia sanitaria ha de ser multidisciplinar, y basado en las recomendaciones publicadas por grupos de expertos. Es deseable que los especialistas pediátricos en salud mental y endocrinología que les atiendan estén incorporados en las Unidades de Identidad de

La disforia de género es un proceso largo y complejo, y existe heterogeneidad en la evaluación clínica

Género (UIG) que ya existen; éstas ya dispensan la asistencia sanitaria a personas transexuales adultas. De esta forma se facilita la transición posterior coordinada de los menores a los servicios de adultos, y así las pautas de atención serán consensuadas entre los especialistas pediátricos y los de adultos⁽²⁾.

En general, por su amplia aceptación se emplea el término **MtF** (de masculino a femenino) y **FtM** (de femenino a masculino). La incidencia no es bien conocida debido a los escasos estudios existentes. Oscila entre 1/2000 a 1/45000 para MtF, y de 1/30000 a 1/120000 para FtM.

Abordaje diagnóstico

Los pediatras de Atención Primaria tienen que estar informados de la existencia de la DG y de los comportamientos no normativos de género en la infancia. Dada su cercanía a las familias, es probable que sean los primeros especialistas en conocer la existencia de alguna de esas situaciones en un menor. Si es posible, su función es la de informar y tranquilizar a las familias, y tratar de que el/la menor pueda ser escuchado con sosiego para evitar influencias indebidas en algún sentido⁽¹⁾.

La "The Endocrine Society", la Asociación Mundial Profesional para la Salud Transgénero (WPATH), la Sociedad Europea de Endocrinología y la Sociedad Europea de Endocrinología Pediátrica, publican guías para el tratamiento de los adolescentes con disforia de género⁽²⁾.

Los menores con DG marcada han de ser evaluados por un equipo de salud mental, que descarte la presencia de otras situaciones, confirme el diagnóstico y apoye desde el punto de vista psicológico al menor y a su familia.

Los criterios diagnósticos en niños y en adolescentes, según DSM-V⁽³⁾, son:

En niños:

A. "Una marcada incongruencia entre el género que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de 6 meses, manifestada por un mínimo de 6 de las características siguientes (una de las cuales debe de ser el criterio A1)":

1. Un poderoso deseo de ser del género opuesto (o de un género alternativo distinto al que se le asigna).
2. En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino.
En las chicas (sexo asignado), una fuerte preferencia por vestir solamente ropa típicamente masculina y una fuerte resistencia a vestir ropa socialmente femenina.
3. Preferencia marcada o resistente por el papel socialmente identificado con el género opuesto, o fantasías referentes a pertenecer al otro género.
4. Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el género opuesto.
5. Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto.
6. En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos.
En las chicas (sexo asignado,) un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y a actividades típicamente femeninas.
7. Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.
8. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al género del que se siente.

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento.

En adolescentes:

A. Marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asignó, de una duración mínima de 6 meses, manifestada por un mínimo de 2 de las siguientes características:

1. Marcada incongruencia entre el sexo que uno siente y expresa, y sus caracteres sexuales secundarios.
2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales secundarios propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa.

Los pediatras de A.P. tienen que estar informados de la disforia de género, e informar y tranquilizar a las familias

Los menores con DG han de ser evaluados por un equipo de salud mental que confirme el diagnóstico

3. Fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales secundarios correspondientes al sexo contrario.
4. Fuerte deseo por ser del otro sexo.
5. Fuerte deseo de ser tratado como del sexo sentido.
6. Fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del sexo sentido.

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas del funcionamiento.

Tratamiento endocrinológico

Tras haber confirmado el diagnóstico de DG por el equipo de salud mental, los menores o las familias que así lo soliciten serán valorados desde el punto de vista endocrinológico. La terapia hormonal no debe iniciarse antes de que los menores alcancen un desarrollo puberal en estadio Tanner II.

Los dos objetivos globales del tratamiento endocrinológico son⁽⁴⁾:

- Reducir los niveles de hormonas endógenas, y por tanto el desarrollo o la progresión de los caracteres sexuales secundarios del sexo biológico del individuo.
- Asociar posteriormente hormonas sexuales del sexo que subjetivamente siente, para favorecer en la medida de lo posible el desarrollo de caracteres sexuales secundarios de ese sexo sentido.

1. Freno del desarrollo puberal

El incremento en la secreción pulsátil del factor liberador de gonadotropinas (GnRH) induce la liberación, asimismo pulsátil, de las gonadotropinas hipofisarias, LH (hormona luteinizante) y FSH (hormona folículo-estimulante), que actúan coordinadamente en la gónada para inducir la maduración de las células germinales (óvulos o espermatozoides) y la producción de esteroides sexuales (ES), así como de otros péptidos gonadales (inhibinas, activinas...). Los ES, principalmente testosterona en el varón y estradiol en la mujer, son los responsables finales del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, cuya aparición, desde el punto de vista clínico, marca el inicio de la pubertad⁽⁵⁾.

La edad media de inicio puberal (Tanner II) difiere entre ambos sexos. En las niñas, la telarquía o aparición del botón mamario, que suele ser el primer signo de pubertad, se produce a una edad media de 10,5-11 años y coincide, habitualmente, con el inicio del "estirón puberal". En los varones, el inicio de la pubertad es algo más tardío y lo marca el incremento del volumen testicular, que alcanza o supera los 4 mL, a una edad media de 11,5-12 años. A diferencia de lo que ocurre en las niñas, el estirón puberal en los varones no coincide con el inicio de la pubertad, sino que suele iniciarse, aproximadamente, un año después⁽⁵⁾.

Cuando un menor con DG tiene un desarrollo puberal estable en fase II de Tanner y desea que no progrese, los consensos de expertos actuales indican iniciar una terapia con análogos de GnRH. Previamente se ha de informar con detalle y en un lenguaje que el menor entienda sobre las expectativas del tratamiento, posibles efectos secundarios derivados del mismo y la necesidad de hacer un seguimiento clínico periódico, para valorar su eficacia y descartar posibles efectos adversos. Asimismo se ha de informar siempre de la reversibilidad del efecto de este tratamiento.

Antes del inicio de la terapia los pacientes serán atendidos en la consulta de Endocrinología Infantil, donde se hará una historia clínica detallada, una exploración física completa y una serie de exploraciones complementarias, que se describen a continuación⁽⁶⁾.

Historia clínica detallada

- Confirmar que el diagnóstico está establecido con certeza y hay valoración del menor y su familia por el equipo de salud mental.
- Hacer una anamnesis dirigida para descartar síntomas que sugieran algunas patologías (hiperplasia suprarrenal congénita, tumor virilizante, resistencia androgénica, cromosopatía, agenesia gonadal o hipogonadismo de cualquier tipo).
- Debe hacerse especial hincapié en los factores de riesgo cardiovascular, antecedentes personales y familiares de trombosis venosa y/o tromboembolismo pulmonar, insuficiencia venosa crónica, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, problemas urológicos y ginecológicos o cáncer hormono-dependiente, tratamientos farmacológicos actuales o previos y hábitos tóxicos.

Exploración física completa, con antropometría, desarrollo puberal y tensión arterial.

La terapia hormonal debe iniciarse en el estadio II de Tanner

Los consensos actuales recomiendan iniciar la terapia con análogos de GnRH, e informar de la reversibilidad del tratamiento

Exploraciones complementarias:

- Hemograma. Bioquímica (glucosa, urea, creatinina, iones, ácido úrico, metabolismo fosfocálcico, perfil lipídico y hepático completo). Estudio de coagulación.
- Estudio hormonal: FSH, LH, 17 beta-estradiol, testosterona total y libre, prolactina, esteroides adrenales (17-OH-progesterona, DHEA, androstendiona), cortisol basal, Insulina, TSH y T4L.
- Edad ósea.
- Densitometría ósea.
- Cariotipo.
- Otras pruebas, si son necesarias (ecografía abdominopélvica y ECG).

El tratamiento con los análogos de GnRH (GnRHa) de liberación sostenida (depot), tiene como objetivo suprimir la activación del eje hipotálamo-hipofiso-gonadal (HHG). La administración de GnRHa depot produce una inicial y breve estimulación de la activación del eje hipotálamo-hipofiso-gonadal liberación de gonadotropinas, seguida de una prolongada desensibilización de los receptores hipofisarios de GnRH, con inhibición de la secreción de LH/FSH y, en consecuencia, de la producción y liberación de ES⁽⁵⁾.

La supresión de las hormonas sexuales endógenas con el uso de análogos de GnRH es totalmente reversible, permitiendo el desarrollo puberal completo en el género biológico tras el cese de su administración, si esto fuera preciso. La supresión puberal que causan los análogos puede servir de ayuda en la fase diagnóstica y terapéutica en algunos pacientes, dado que aporta un tiempo añadido antes de tomar alguna opción terapéutica irreversible. Los análogos también puede aplicarse a adolescentes en estadios puberales más avanzados, pero en este caso las características sexuales no regresan completamente. El uso de GnRH en esta indicación no está incluido en ficha técnica, por lo que se precisa la firma previa de un consentimiento informado (médico prescriptor, padres o tutores legales y menor)⁽⁷⁾.

El protocolo del tratamiento generalmente se inicia con inyecciones IM de 3,75 mg (del preparado Depot, Triptorelina), cada 4 semanas. La eficacia del tratamiento es buena cuando éste se inicia en estadios de Tanner II/III. En estas etapas se suele producir una regresión total o casi total de los caracteres sexuales secundarios⁽⁷⁾. En estadios avanzados la regresión no suele ser factible, aunque sí se pueden evitar menstruaciones.

En la actualidad, la tendencia es mantener de forma prolongada el uso de análogos de GnRH desde su inicio en estadio II-III de Tanner hasta obtener dosis plenas de tratamiento hormonal cruzado hacia los 18 años⁽⁷⁾.

Tras el inicio del tratamiento hormonal de supresión de la pubertad, se recomiendan las siguientes pautas:

1. Durante el primer año se recogerán, cada 3-4 meses, datos antropométricos (talla, peso, IMC, velocidad de crecimiento y proporciones corporales con talla sentado), estadio de Tanner y mediciones hormonales (LH, FSH, Estradiol y Testosterona).
2. A partir del primer año las revisiones podrán ser semestrales, midiendo datos antropométricos (talla, peso, IMC, velocidad de crecimiento y talla sentado), el estadio de Tanner, y mediciones hormonales (LH, FSH, Estradiol y Testosterona). Anualmente se realizará una analítica general que incluya función renal y hepática, lipidograma, glucemia/insulinemia y HbA1c.
3. La edad ósea se realizará anualmente hasta que alcance la talla adulta casi completa.

Diferentes grupos han publicado datos del seguimiento en menores con disforia de género, sin embargo no hay estudios aleatorizados que aporten los resultados del tratamiento a largo plazo.

En la pubertad se produce no sólo la evolución de los caracteres sexuales secundarios, sino que además se van a desarrollar funciones cognitivas y del comportamiento de los adolescentes. Por tanto, la alteración, modificación o supresión inapropiadas de estos procesos, puede repercutir negativamente en alguno o varios de los acontecimientos antes mencionados.

Otros riesgos con el tratamiento prolongado podrían afectar a la capacidad reproductiva, y por lo cual estos pacientes deberían ser informados sobre la posibilidad de la criopreservación del material reproductivo⁽⁸⁾.

Respecto a la densidad mineral ósea, un estudio longitudinal en 34 adolescentes durante 6 años, que habían recibido análogos de GnRH y tratamiento cruzado posterior, mostró una disminución de la masa ósea en la zona lumbar que posiblemente sea debido a un retraso o una disminución en la obtención del pico de masa ósea⁽⁹⁾.

El objetivo principal de los análogos de GnRH es suprimir la activación del eje hipotálamo-hipofiso-gonadal

La tendencia actual es mantener los análogos de GnRH desde el inicio (estadio II de Tanner) hasta obtener dosis de tratamiento hormonal cruzado hacia los 18 años

En la segunda fase de tratamiento, añadir terapia con esteroides sexuales hacia los 16 años

2. Inducción puberal hacia el sexo sentido

En una segunda fase del tratamiento con análogos, hay que añadir una terapia hormonal con esteroides sexuales para inducir el desarrollo puberal en el sexo sentido, y según las diferentes guías sería hacia los 16 años de edad, momento que podría ser individualizado en función de la situación concreta de cada caso. Debemos informar de las diferentes pautas que existen y elegir, de forma individualizada en consenso con el menor y/o su familia, la pauta óptima en cada caso. Antes de la terapia se obtendrá el consentimiento informado del menor y de sus padres.

Los consensos actuales de expertos recomiendan asociar a los análogos de GnRH el tratamiento hormonal cruzado, a los menores que así lo deseen. Previamente se ha de informar con detalle y en un lenguaje que el menor entienda, de las expectativas reales del tratamiento, de los efectos secundarios derivados del mismo y de la necesidad de hacer un seguimiento clínico periódico para valorar su eficacia y hacer un despistaje de efectos adversos. Asimismo, hay que informar con claridad de que se trata de un tratamiento que induce cambios parcialmente irreversibles⁽¹⁰⁾.

Como se ha descrito en relación con el tratamiento con GnRH, antes de iniciar la terapia con hormonas cruzadas se recomienda realizar una serie de exploraciones complementarias (analítica completa, edad ósea y densitometría) que tiene por objeto descartar la presencia de alguna situación que pudiera contraindicar el inicio del tratamiento, además de objetivar los niveles hormonales, su edad ósea y la densidad mineral ósea, con el fin de hacer un seguimiento posterior de las mismas⁽¹¹⁾.

Tratamiento hormonal feminizante:

El 17 beta-estradiol oral: Es el tratamiento de elección (es menos trombogénico que el etinil-estradiol).

- Pauta oral: iniciar 0,25 mcg día, incrementando la dosis hasta 2 a 6 mg/día.
- Pauta transdérmica: parches de 6,25 mcg dos veces a la semana (cortar el parche de 25 mcg,) con dosis progresivas hasta la dosis adulta.

Tratamiento hormonal masculinizante:

La testosterona ejerce un poderoso efecto sobre el proceso de virilización, siendo empleada por vía intramuscular o transdérmica (geles).

- Cipionato de testosterona por vía IM comenzando con 25 mg/ cada 2 semanas, con incrementos graduales de 100 a 200 mg cada dos semanas.
- Cipionato de testosterona por vía subcutánea (fuera de ficha técnica): 25 mg/semana hasta llegar a 75-100 mg/semana.
- Gel de testosterona: 5-10 g de gel = 100 mg/día de testosterona, con dosis progresivas durante dos años.

Una vez instaurado el tratamiento hormonal se recomienda realizar una serie de exploraciones complementarias periódicamente⁽¹²⁾. La analítica se debe hacer cada 3 meses durante el primer año, cada 6 meses durante 2 años siguientes, y posteriormente con carácter anual de por vida (adaptándolo a cada caso individual):

- Analítica: Hemograma, bioquímica completa y estudio de coagulación. Metabolismo fosfocálcico (incluyendo vit. D y PTH). Hormonas: FSH, LH, 17 beta-estradiol o testosterona, y Prolactina.
- Densitometría ósea anual.

Es necesario vigilar la modificación de los valores sanguíneos de las hormonas masculinas y femeninas, y mantenerlos en los niveles medios del sexo deseado. Deben monitorizarse los valores de prolactina, que frecuentemente se incrementan hasta cuatro veces el rango de normalidad (raramente superiores a 100 ng/ml), no sólo por el tratamiento estrogénico sino también por el androgénico⁽¹³⁾.

Los posibles efectos adversos derivados del tratamiento hormonal son poco frecuentes, pero pueden aparecer y algunos de ellos ser graves, e incluyen.

- Tratamiento con testosterona: cefalea, retención hidrosalina, hipertensión arterial, poliglobulia, dislipemias, hepatopatías, trastornos del comportamiento, aumento de la libido, acné, calvicie e hiperprolactinemia. En general se relacionan con dosis elevadas de testosterona y su aparición puede obligar a disminuir la dosis o incluso suspender la terapia.

- Tratamiento con estrógenos: flebitis, tromboembolismos, cáncer de mama, hepatopatías, trastornos del comportamiento, hipertensión arterial, dislipemias, hiperprolactinemia, náuseas, astenia, anorexia, ganancia de peso, labilidad emocional, cefaleas, vértigos, y retención hidrosalina.

A partir de los 18 años se deben derivar a la Unidad de Adultos para el control del tratamiento y reasignación del sexo desde el punto de vista quirúrgico⁽¹⁴⁾.

Consideraciones finales

- Son necesarios estudios reales de prevalencia, ya que los que existen actualmente pueden subestimar los datos.
- Las diferentes Guías (WPATH, Endocrine Society...) nos ayudan tanto en el diagnóstico y tratamiento hormonal, como en la monitorización de estos pacientes.
- Hay que tener presentes los posibles efectos secundarios después del tratamiento prolongado; por ejemplo sobre la capacidad reproductiva, las alteraciones de la masa ósea y desarrollo de factores de riesgo cardiovascular, entre otros, lo que obliga a efectuar diversos controles periódicos en estos pacientes.
- El momento óptimo para realizar la transición al especialista de adultos debe de ser consensuado, en conjunto entre el endocrinólogo infantil y el de adultos, y de acuerdo con los menores y sus familias.

Se deben tener presentes los posibles efectos secundarios después del tratamiento prolongado; por ejemplo sobre la capacidad reproductiva, las alteraciones de la masa ósea y desarrollo de factores de riesgo cardiovascular, entre otros

Bibliografía

1. Rosenthal SM. transgender youth: current concepts. *Ann Pediatr Endocrinol Metab.* 2016;185-192.
2. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102:3869-3903.
3. Kraus C. Classifying intersex in DSM-5: critical reflections on gender dysphoria. *Arch Sex Behav.* 2015;44:1147-63.
4. Olson J, Garofalo R. The peripubertal gender-dysphoric child: puberty suppression and treatment paradigms. *Pediatr Ann.* 2014;43:e132-7.
5. Schagen SE, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-Van de Waal HA, Hannema SE. Efficacy and safety of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment to suppress puberty in gender dysphoric adolescents. *J Sex Med.* 2016;13:1125-32.
6. Vrouwenraets LJ, Fredriks AM, Hannema SE, Cohen-Kettenis PT, de Vries MC. Perceptions of sex, gender, and puberty suppression: a qualitative analysis of transgender youth. *Arch Sex Behav.* 2016;45:1697-703.
7. Smith KP, Madison CM, Milne NM. Gonadal suppressive and cross-sex hormone therapy for gender dysphoria in adolescents and adults. *Pharmacotherapy.* 2014;34:1282-1297.
8. Vance SR jr, Ehrensaft D, Rosenthal SM. Psychological and medical care of gender nonconforming youth. *Pediatrics.* 2014;134:1184-92.
9. Klink D, Caris M, Heijboer A, van Trotsenburg M, Rotteveel J. Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015;100:E270-5.
10. Fernandez JD, Tannock LR. Metabolic effects of hormone therapy in transgender patients. *Endocr Pract.* 2016;22:383-8.
11. Singh-Ospina N, Maraka S, Rodriguez-Gutierrez R, Davidge-Pitts C, Nippoldt TB, Prokop LJ, et al. Effect of sex steroids on the bone health of transgender individuals: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102:3904-3913
12. Cartaya J, Lopez X. Gender dysphoria in youth: a review of recent literature. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2018;25:44-48.
13. Deutsch MB, Bhakri V, Kubicek K. Effects of cross-sex hormone treatment on transgender women and men. *Obstet Gynecol.* 2015;125:605-10.
14. Colebunders B, Brondeel S, D'arpa S, Hoebeke P, Monstrey S. An update on the surgical treatment for transgender patients. *Sex Med Rev.* 2017;5:103-109.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. En niños con disforia de género al diagnosticar, NO es correcta:

- a) Un poderoso deseo de ser del género opuesto.
- b) Una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino.
- c) Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por su género.
- d) Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.
- e) Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al género del que se siente.

2. La terapia hormonal en niños debe iniciarse:

- a) A los 11 años en las chicas y a los 12 años en los chicos.
- b) En estadio III de Tanner.
- c) En estadio II de Tanner.
- d) A los 16 años.
- e) Cuando alcance la mayoría de edad.

3. La inducción puberal hacia el sexo sentido, se realizará con:

- a) Continuar con análogos de GnRH.
- b) Esteroides sexuales en el sexo sentido.
- c) Análogos de GnRH y esteroides sexuales en el sexo sentido.
- d) Andrógenos orales.
- e) Cirugía.

Problemas legales en el tratamiento médico de la disforia de género en menores de edad

F. de Montalvo Jääskeläinen. Profesor Propio Agregado D.º Constitucional, UPComillas (ICADE). Cátedra Santander Derecho y Menores. Vicepresidente Comité de Bioética de España. Miembro del IBC, UNESCO.

Resumen

El debate acerca del tratamiento médico de los menores transexuales se muestra como un caso difícil en el que concurren diferentes intereses y valores en conflicto. La Reforma de 2015 del régimen jurídico de capacidad de menor en relación al tratamiento médico parece que aporta cierta solución al problema, ya que establece un criterio subjetivo complementario de determinación de la capacidad de obrar del menor en este ámbito, de manera que podría jurídicamente admitirse que un menor transexual accediera a los correspondientes tratamientos de reasignación sexual sin esperar a alcanzar la mayoría de edad. Sin embargo, las dudas científicas acerca de la futura reversibilidad de los deseos del menor durante su edad adulta dificultan la plena operatividad de dicha opción, al producir consecuencias irreparables en un situación que no se muestra claramente irreversible.

Palabras clave: *Dignidad; Integridad física; Derecho a la identidad; Tratamiento médico; Transexualismo; Minoría de edad; Capacidad de obrar; Titularidad de derechos.*

Abstract

The debate about the medical treatment of transsexual children is a difficult scenario where different conflicting interests and values concur. The 2015 Reform of the legal capacity of minors in relation to medical treatment seems to provide some solution to the problem, since it establishes a complementary subjective criterion for determining the child's capacity to act in this area. So, presumably, it could be legally admitted that a transsexual minor might accede to treatments of sexual reassignment without waiting to reach the age of majority. However, scientific doubts about the future reversibility of the child's wishes during adulthood make it difficult to effectively apply such option by producing irreparable consequences in a situation that is not clearly irreversible.

Key words: *Dignity; Physical integrity; Right to identity; Medical treatment; Transsexualism; Age of minority; Legal capacity; Ownership of rights.*

Introducción

En los últimos meses, la opinión pública ha vuelto a hacerse eco de una realidad que, aún no siendo muy relevante en cuanto a su número, sí que lo es desde la perspectiva de los valores en conflicto, como es la de los menores transexuales, es decir, aquellos individuos que en edades muy tempranas manifiestan su intención de vivir su desarrollo de conformidad con los hábitos y estereotipos del sexo opuesto al biológico. Este nuevo debate se ha producido como consecuencia de la campaña iniciada por una asociación que pretende hacer ver que tal hecho responde a un adoctrinamiento sexual obligatorio de los menores promovido por los poderes públicos de varias comunidades autónomas, reclamando el derecho fundamental de las familias a educar a sus hijos en libertad, de acuerdo con sus valores (sic!) –caso del autobús de HazteOír–. Junto a dicho suceso, han ocurrido otros ciertamente desgraciados como el reciente suicidio de un adolescente transexual de dieciséis años.

El debate acerca de la transexualidad en los menores lleva ya unos años siendo abordado por la opinión pública y, además, recientemente, ha dado lugar a la aprobación de diferentes leyes autonómicas, entre las que pueden destacarse la reciente Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid.

Desde una perspectiva ético-legal, como veremos, la disforia de género cuando se trata de menores de edad presenta conflictos y dilemas de difícil solución, sobre todo, por los datos que resultan del estado actual de la evidencia científica.

Los principios de libre desarrollo de la personalidad y la propia dignidad humana informan de manera inexorable a favor de dar una respuesta positiva a aquel que, percibiendo una contradicción entre el sexo biológico y el género sentido, pretenda conformar y desarrollar su propio proyecto vital de acuerdo con sus preferencias, más aún, cuando no se aprecia que dicha opción afecte o limite los derechos y libertades de terceros. El propio proyecto de vida es algo tan absolutamente imprescindible de la dignidad humana que impedir el desarrollo de aquél supone negar la propia intangibilidad del ser humano.

Ello, sin embargo, no tendría que suponer que el Estado deba ir, necesariamente, más allá de la abstención y actuar positivamente mediante la prestación de los servicios sanitarios y/o sociosanitarios para lograr que dicho proyecto vital pueda desarrollarse. Sin embargo, en la moderna teoría de los derechos fundamentales la libertad exige para que pueda gozar de verdadera virtualidad el individuo debe disponer de un mínimo de recursos, so pena de afirmar que la libertad de desarrollar el propio proyecto de vida queda limitado a aquellos que dispongan los recursos sanitarios que lo hagan factible. El Estado tiene un deber que trasciende a la mera dimensión negativa (deber de abstención) y que se completa con una dimensión positiva (deber de prestación), más aún cuando hablamos de prestaciones que conectan directamente con la dignidad humana y con grupos especialmente vulnerables como son los menores de edad. Para que en nuestras sociedades pueda desarrollar su proyecto vital no basta con que el Estado se abstenga de intervenir sino que es necesario una acción positiva de prestar, lo que cobra especial relevancia en ámbitos como el que nos ocupa, el de la salud.

Aceptar que el Estado no puede obstaculizar que un sujeto pueda desarrollar su proyecto de vida de conformidad con el género que es sentido y, más aún, deba actuar positivamente a favor de ello es algo poco discutible. Sin embargo, en el ámbito en el que nos encontramos es el de los menores de edad, donde la capacidad de decisión del individuo se encuentra claramente limitada y en el que el Estado ha de adoptar también una posición esencial de garante no solo frente a los ataques por parte de terceros sino incluso respecto de las propias decisiones del menor que ponga en riesgo su vida o integridad.

La transexualidad: diferencias entre sexo y género

Se trata de un conflicto difícil en el que se entremezclan elementos culturales, sociológicos, antropológicos, médicos, éticos y legales. Resumidamente, podemos señalar que la transexualidad se considera la situación más extrema dentro de las discordancias entre la identidad de género y el sexo biológico y se define como un malestar intenso o disforia con el sexo anatómico e identificación con el otro sexo. Esta identidad cruzada suele conducir a una serie de cambios adaptativos físicos y sociales en la vida cotidiana (hábito externo, elección de un nombre acorde con su identidad, rol genérico, etc.), que constituyen el test de vida real o experiencia de la vida real. Ha sido también definida como una manifestación persistente de discordancia personal entre el sexo asignado al nacimiento (genético, gonadal, genital y morfológico) y sexo/género sentido. Como consecuencia de la discordancia la persona experimenta un sentimiento de profundo rechazo hacia las características sexuales primarias y secundarias de su sexo biológico y busca (en el caso de los menores, sus padres) adecuar su cuerpo mediante tratamientos hormonales y quirúrgicos para corregir su apariencia y conseguir vivir y ser tratada socialmente arreglo al género sentido y deseado. Como señala la Sentencia del Tribunal Supremo (Pleno de la Sala Primera) de 17 de septiembre de 2007, *"transexual, según la doctrina médico-legal, es el sujeto que, presentando los caracteres genotípicos y fenotípicos de un determinado sexo (o género) siente de modo profundo pertenecer al otro sexo, del cual ha asumido el aspecto exterior y ha adoptado los comportamientos y en el cual, por tanto, quiere ser asumido a todos los efectos y bajo cualquier sacrificio"*.

La distinción entre los términos sexo y género nace a mediados del siglo XX dentro de los movimientos en contra de la discriminación de las mujeres. El concepto género surge en la literatura y se traslada posteriormente a la psicología y a la antropología y su razón de ser responde a la necesidad de reconocer que la realidad integral del ser humano supera la biología, en el sentido de que, en la conforma-

Desde una perspectiva ético-legal, la disforia de género en menores presenta conflictos y dilemas de difícil solución

La transexualidad es un malestar intenso o disforia con el sexo anatómico e identificación con el otro sexo

ción y desarrollo de la identidad sexual, poseen, asimismo, mucha importancia la educación, la cultura y la libertad. Estos factores influyen a su vez en el papel o rol sexual que asume una persona en su desenvolvimiento social. El sexo sería lo biológico y fisiológico, el status biológico de la persona, y es expresión de la dualidad biológica varón/mujer y el género sería lo cultural, los roles sociales asignados a cada uno de los sexos, los patrones de comportamiento que la sociedad atribuye a cada uno de ellos. El género es, se dice, la institucionalización social de la diferencia social. En los términos que aparecen en el Diccionario de la lengua española de la Real Academia, sexo es la condición orgánica, masculina o femenina, mientras que género es el grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.

El sexo hace referencia al elemento biológico de los sujetos. El género engloba aquellas facultades, virtudes o defectos que se atribuyen a un determinado sexo

El sexo hace referencia, pues, al elemento biológico de los sujetos mientras que con género se engloban aquellas facultades, virtudes o defectos que se atribuyen a un determinado sexo como resultado de los prejuicios sociales. La identidad de género implica el reconocimiento por parte de un sujeto con un determinado género que, en el caso de los transexuales, no coincide con su sexo, mientras que con identidad sexual se alude al reconocimiento de un sujeto con un sexo biológico concreto.

La transexualidad no debe ser confundida con la intersexualidad. En la primera, el individuo tiene un sexo biológico inequívoco, pero siente que pertenece psicológicamente al otro sexo, de modo que a menudo elige someterse a intervenciones médicas para alinear su cuerpo con su identidad sexual. En la segunda, el individuo presenta una ambigüedad sexual que suele expresarse a través de la presencia simultánea de órganos sexuales femeninos y masculinos, es decir, coexisten elementos biológicos y fisiológicos de ambos sexos. Se trata de una variación cromosómica que tiene lugar durante el desarrollo gonadal en la etapa prenatal temprana, generando una insuficiente diferenciación gonadal y genital. Como señala el Comité Nacional de Ética de Alemania (*Deutschen Ethikrat*), se refiere a personas que no pueden clasificarse inequívocamente como hombres o mujeres debido a las particularidades físicas. El término pretende reemplazar las denominaciones más antiguas, tales como hermafrodita que puede tener carácter discriminatorio. La palabra sexualidad deja abierta la cuestión de si se relaciona con un tercer sexo o si el sexo de la persona simplemente no ha sido o no puede ser determinado.

Nuestros Tribunales se han referido a la diferencia entre ambos en el marco del debate acerca de la cobertura asistencial con cargo al Sistema Público de Salud de las operaciones de reasignación en los estados intersexuales, señalando que, mientras el transexualismo se caracteriza por la identificación con el sexo opuesto, con convicción de pertenecer a él y deseo de cambio de sexo morfológico, la intersexualidad es un estado o cualidad en el que el individuo muestra caracteres sexuales de ambos sexos, como consecuencia de la configuración de sus cromosomas (SSTSJ Madrid 23 de septiembre de 2005, Ar. 2005/2900) y País Vasco de 21 de junio de 200, Ar 2005/2428).

La condición de transexual es, en cualquier caso, más compleja, ya que, produciéndose igualmente en edades muy tempranas, genera incluso más rechazo social que la intersexualidad al no poderse recurrir a razones meramente fisiológicas que justifiquen esta discordancia.

El problema que plantea la transexualidad en menores desde una perspectiva ético-legal: la falta de evidencia científica sobre la irreversibilidad (irreparabilidad) de la situación en el futuro

El tratamiento médico de los menores de edad transexuales presenta diferentes problemas que se están obviando en el debate que mantiene la opinión pública. Así, debemos recordar que habitualmente el tratamiento médico de dichos menores suele orientarse hacia la adaptación física del menor hacia el sexo sentido y deseado, con una gran presión por parte de los padres que quieren ver resuelta una situación que en muchas familias supone una alteración radical de su status quo. Tal adaptación implica, desde el punto de vista clínico y en la mayoría de casos, el desarrollo de tres fases de tratamiento: una primera fase de tratamiento hormonal cuyas consecuencias son reversibles y sus riesgos no especialmente relevantes; una segunda fase de tratamiento también hormonal ya con consecuencias irreversibles (esterilidad) y riesgos relevantes; y una tercera fase de cirugía de reasignación sexual.

Por lo que se refiere a los tratamientos meramente farmacológicos (hormonas), el problema radica principalmente en las consecuencias posibles (riesgo de afectos adversos no deseados aunque no descartables) o ciertas derivadas de dichos tratamientos. A este respecto, debemos recordar que el

artículo 9.4 de la Ley de autonomía del paciente (Ley 41/2002) dispone que los menores de dieciséis o más años podrán autorizar o rechazar los tratamientos médicos, en condiciones similares a las de los mayores de edad, aunque con una excepción: cuando tal aceptación o rechazo del tratamiento suponga un grave riesgo para la vida o salud del menor. En tal caso, el menor no gozará de la capacidad de obrar suficiente, aún cuando haya alcanzado la edad de dieciséis años.

Trasladada dicha previsión legal al tratamiento de la transexualidad, parece que el tratamiento de primera fase no ha de presentar problema alguno ya que se trata de una intervención sin riesgos significativos y, además, es reversible o, al menos, no produce consecuencias irreparables, permitiendo en el futuro el desarrollo puberal del sexo biológico si fuese necesario. Así pues, el problema se sitúa en el tratamiento hormonal de segunda fase por los riesgos asociados (véase, entre otros, esterilidad) y su carácter irreversible. En este caso, parece poco justificado desde la perspectiva de lo que dispone la Ley de autonomía del paciente que se le pueda someter a un menor, incluso de dieciséis años, a un tratamiento que produce esterilidad y que conlleva riesgos relevantes y que, sobre todo, produce una situación difícilmente reversible.

En el caso del tratamiento quirúrgico la cuestión es más sencilla de resolver, ya que parece difícil admitir que un menor pueda autorizar una cirugía que supone una mutilación tal, aún cuando cuente con dieciséis años de edad. Se trata de una decisión que encaja plenamente en la excepción que recoge el citado artículo 9.4. Sin olvidar que el Código Penal establece en su artículo 156 que *“el consentimiento válida, libre, consciente y expresamente emitido exime de responsabilidad penal en los supuestos de ... esterilizaciones y cirugía transexual realizadas por facultativo, salvo que el consentimiento se haya obtenido viciadamente, o mediante precio o recompensa, o el otorgante sea menor de edad o carezca absolutamente de aptitud para prestarlo, en cuyo caso no será válido el prestado por éstos ni por sus representantes legales”*. Sin perjuicio de dicha prohibición penal, el apartado 2 del mismo artículo permite tales hechos, incluso en menores, cuando sean acordados por órgano judicial y siempre que se trate de supuestos excepcionales en los que se produzca grave conflicto de bienes jurídicos protegidos, a fin de salvaguardar el mayor interés del afectado, todo ello con arreglo a lo establecido en la legislación civil.

Por otro lado, la reciente reforma legal del régimen de capacidad de obrar del menor en el ámbito del tratamiento médico aprobada en 2015 pudiera entenderse que flexibiliza el criterio que venimos comentando ya que, al amparo de su Preámbulo, establece que si se aprecia madurez suficiente en el menor podría facilitarse el tratamiento pese a que cuente con menos de dieciséis años. Sin embargo, si ello es perfectamente factible en los tratamientos farmacológicos de primera fase, al no derivarse de estos riesgos especialmente relevantes, no ocurre lo mismo con los de segunda fase y, menos aún, con el tratamiento de tercera fase, quirúrgico. La incorporación del criterio subjetivo (madurez suficiente pese a no haber alcanzado la mayoría de edad) no supone una excepción a la regla que instituye el citado apartado 4 del artículo 9 en virtud de la cual, cuando se trate de un grave riesgo para la vida o salud del menor, debe acudirse a la regla general de mayoría de edad. Así pues, es difícil mantener que la incorporación de tal criterio subjetivo en la interpretación de la capacidad del menor respecto del tratamiento médico resuelve el problema. El criterio subjetivo de madurez real como excepción a la regla general objetiva de edad puede gozar de una gran operatividad en el marco del tratamiento médico pero no cuando la decisión a adoptar compromete gravemente la vida o salud del menor, conforme se describe el mencionado apartado 4 del artículo 9. Los tratamientos médicos de grave riesgo para la vida o salud del menor exigen, en principio, la mayoría de edad del sujeto, con independencia de su madurez real. Es una regla especial de protección del menor, dado que se entiende que debe quedar protegido, incluso contra sus propias decisiones, cuando su vida o salud esté en grave riesgo.

En definitiva, el problema radica en aquellos tratamientos de la disforia de género que conlleven consecuencias irreversibles para la integridad física del menor o que impliquen riesgos de especial relevancia, como serían las terapias hormonales de segunda fase o la cirugía. Atendido tanto el citado artículo 9, incluso, tras la reciente reforma de 2015, como el artículo 156 del Código Penal que dispone que la esterilización y cirugía transexual realizadas por facultativo es punible penalmente cuando el otorgante de sea menor de edad, no siendo válido ni siquiera el prestado por sus representantes legales, solamente la mayoría de edad habilitaría para llevarlos a cabo.

Frente a tales previsiones legales podría esgrimirse que la Ley desatiende el verdadero problema del menor trasladando la solución a la mayoría de edad, con el propio impacto que en la integridad moral del menor puede tener retrasar el tratamiento años después de que, por ejemplo, se muestren con mucha expresividad los respectivos órganos sexuales. Puede mostrarse como una contradicción en sí mismo que en aras de proteger la salud e integridad del menor se acabe por lesionar en muchos casos su propia salud e integridad.

Los menores de dieciséis años podrán autorizar o rechazar los tratamientos médicos, con una excepción: cuando suponga un grave riesgo para la vida del menor

El tratamiento hormonal en segunda fase conlleva riesgos relevantes y produce una situación difícilmente reversible

Los tratamientos médicos de grave riesgo para la vida o salud del menor, exigen la mayoría de edad del sujeto con independencia de su madurez real

Ello, sin embargo, podría salvarse porque los tratamientos hormonales de segunda fase y la cirugía de reasignación sexual cabría efectuarlos, mediando una autorización judicial específica. ¿Cuándo puede adoptarse tal decisión? Obviamente, cuando ello suponga satisfacer el mejor interés del menor y aquí radica, precisamente, el problema si atendemos a la evidencia científica con la que contamos en la actualidad.

El mejor interés del menor es vivir su propio proyecto de vida de conformidad con el sexo deseado

Podría contestarse fácilmente que el mejor interés del menor es vivir su propio proyecto de vida de conformidad con el género deseado y no el presuntamente asignado físicamente por la naturaleza o, al menos, determinado meramente de visu, exclusivamente en razón de su sexo anatómico. El Comité de los Derechos del Niño dispone que el concepto de interés superior del niño es complejo, y su contenido debe determinarse caso por caso. Por consiguiente, el concepto de interés superior del niño es flexible y adaptable. Debe ajustarse y definirse de forma individual, con arreglo a la situación concreta del niño y teniendo en cuenta el contexto, la situación y las necesidades personales. En lo que respecta a las decisiones particulares, se debe evaluar y determinar el interés superior del niño en función de las circunstancias específicas de cada niño en concreto. Es preciso evaluar los problemas que se plantean cuando se trata de proteger a los niños en relación con las medidas de empoderamiento, debiendo buscarse un equilibrio entre la protección del niño y su empoderamiento. Y, sobre todo, valorar que los encargados de adoptar decisiones adopten medidas que puedan ser revisadas o ajustadas en lugar de tomar decisiones definitivas e irreversibles. Es decir, lograr un equilibrio entre el niño como sujeto en evolución y la necesidad de que el niño disfrute de estabilidad.

En el debate que nos ocupa, el problema radica, pues, en la reversibilidad o no de los deseos del menor. Si la evidencia científica demostrara que aquellos casos de transexualidad que aparecen en edades muy tempranas no se ven alterados en el futuro, no produciéndose una situación de reversión psicológica de los deseos del menor, sería difícil mantener que adoptar dichas decisiones clínicas, incluso en edades muy tempranas, no suponen satisfacer el mejor interés del menor. Sin embargo, la poca evidencia científica que existe en la actualidad precisamente informa de lo contrario. Los pocos estudios que se han realizado en el extranjero sobre la posibilidad de reversión de los deseos del menor una vez alcanzada la mayoría de edad señalan que en un porcentaje muy alto de casos el sujeto pretende volver a su sexo de origen. Así, Steensma et al. (2013), Amsterdam, 37% de persistencia, y Wallien et al. (2008), también Amsterdam, reflejan que la situación persiste en la mayoría de edad entre un 27 y un 37% de los casos, lo que significa, lisa y llanamente, que entre un 63 y un 73% de los casos, el menor, una vez alcanzada la mayoría de edad, cesa en sus deseos de vivir un proyecto vital de manera contraria a su sexo biológico. Piénsese, entonces, en qué situación queda el sujeto al que se ha esterilizado y mutilado durante la minoría de edad, tratando de transformar su apariencia en la del sexo contrario.

La persistencia de DG en la mayoría de edad, según diversos estudios extranjeros es de un 27 a un 37% de los casos

También es interesante destacar que hay autores que señalan (López Guzmán) que al ser la posibilidad de error de diagnóstico en edades tempranas muy elevada, cifrándose en un 95% por algunos autores, y provocando los tratamientos importantes mutilaciones, hay que ser muy prudentes a la hora de acometerlos.

Con todo lo anterior no decimos que tales datos sean inexorablemente válidos, pero lo cierto es que existen, sin que frente a ellos puedan esgrimirse, más allá de meras vivencias personales, datos o estudios que muestren lo contrario. Además, la supresión de las unidades de referencia en el abordaje de los menores transexuales que se está llevando a cabo en varias Comunidades Autónomas, mediante la descentralización de los servicios y tratamientos no va a jugar a favor de obtener mayor evidencia, por las dificultades de interrelacionar y tratar conjuntamente toda la información.

Si la literatura mostrara una evidencia científica sobre la persistencia en la edad adulta, puede entenderse que la dignidad y libre desarrollo de la personalidad en un ámbito tan personal como es la identidad sexual, entendido el derecho a la identidad como el derecho a ser uno mismo y a ser percibido por los demás como quien se es, es decir, como derecho a la proyección y autoconstrucción personal, habría de permitir acoger una excepción a lo dispuesto por el artículo 9.4 de la Ley de autonomía del paciente, ya que la cirugía de reasignación sexual, incluso a edades tempranas, responde al interés superior del menor.

Volviendo al caso de la intersexualidad, al que nos hemos referido al comienzo de nuestra nota, resulta evidente que el dilema jurídico es muy inferior, ya que no se trata de transformar la apariencia física del menor de manera que se aproxime o asimile a la del género deseado, sino de optar, en su caso, por asignarle definitivamente a uno de los dos sexos físicamente presentes. En todo caso, también en este controvertido supuesto la doctrina propone esperar a la mayoría de edad o a la madurez del menor para que sea éste quien decida el sexo al que quedará asignado. Como se ha señalado (Siverino Bavio), esta discrepancia entre las expectativas sociales y la realidad, generada por el cuerpo disidente, inclasificable, del recién nacido produce una profunda ansiedad en la mayoría de los padres, quienes se sentirán urgidos de poder definir si el menor es un niño o una niña para poder situarlo socialmente.

Y más allá de las buenas intenciones, la realidad indica que la “urgencia” se interpreta en pos de poder “situar” a ese infante en un sistema sexual binario y calmar la ansiedad de los adultos. Pero ello viola de manera flagrante los derechos del menor y desconoce el principio del interés superior del menor e impide que sea éste el que al crecer exprese cuál es su género autopercebido.

Otro de los problemas radica en plantearse hasta que punto la solución puramente farmacológica y quirúrgica resuelve la situación del menor. ¿Existe suficiente literatura que avale que los individuos con disforia de género manifestada en edades muy tempranas ven resuelto su problema de base con tales tratamientos?. Tampoco ello parece estar confirmado. Ciertamente, el tratamiento de la transexualidad está muy vinculado no sólo a la evolución social, sino también a la evolución de la medicina, de tal modo que los avances médicos que permiten una plena adecuación entre la identidad sexual sentida y la apariencia física, corren parejos con la evolución de la moral social y suscitan nuevos retos para el Derecho, que debe acoger la nueva situación de personas que alteran su sexo de nacimiento. Pero ello no obsta para plantearse si todo lo quirúrgicamente posible lo es también desde la perspectiva del interés superior del menor, como parece que está ocurriendo en la literatura médica más reciente. En un trabajo publicado en 2011 (DHEJNE, C. et al.) se concluye tras un estudio de cohortes que se aprecian unas tasas sustancialmente más altas de mortalidad general, muerte por enfermedad cardiovascular y suicidio, intentos de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas en individuos transexuales reasignados por sexo en comparación con una población de control sana. Esto pone de relieve que los transexuales posquirúrgicos son un grupo de riesgo que necesita un seguimiento psiquiátrico y somático a largo plazo. A pesar de que la cirugía y la terapia hormonal alivian la disforia de género, al parecer no es suficiente para remediar las altas tasas de morbilidad y mortalidad encontradas entre las personas transexuales. Por lo tanto, se debe considerar la necesidad de mejorar la atención del grupo transexual después de la reasignación del sexo.

Por ello, ya se habla de buscar otras formas de acomodo de la situación distintas de la fórmula puramente médico-quirúrgica y así cobra especial interés las propuestas de avanzar hacia un tercer género no binario, que, más allá del debate social que suscite, puede constituir una solución para muchos de los casos, *desmedicalizando* no el acompañamiento del mejor, pero sí la solución a su situación vital.

En definitiva, el problema no reside tanto en que estemos en el campo de las decisiones médicas respecto de menores, lo que ética y legalmente es complejo, sino, sobre todo, en la evidencia acerca de la reversión natural de los deseos de los menores, sobre lo que parece existir un debate científico muy relevante y no resuelto, como demuestra la literatura más reciente. Ello, en aplicación del principio de irreparabilidad, parece determinar que no pueda aceptarse una excepción al régimen jurídico de capacidad de obrar en el ámbito del tratamiento médico, exigiéndose haber alcanzado la mayoría de edad para adoptar tal decisión (vid. art. 9.4 de la Ley de autonomía del paciente).

Tal dilema especialmente relevante está sin embargo siendo obviado por la opinión pública, dividiéndose ésta entre los que defienden a ultranza la capacidad del menor y de sus padres de optar por adaptar físicamente al menor al sexo deseado, incluso, a edades muy tempranas, y las de aquellos otros que realizan discursos que promueven la discriminación y estigmatización de quienes sufren tal situación.

En individuos transexuales reasignados por sexo, se observan altas tasas de mortalidad cardiovascular, suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas en comparación con la población de control

Bibliografía

1. Bartolomé Tutor, A. *Menores e identidad de género: aspectos sanitarios, jurídicos y bioéticos*. Sepin, Madrid, 2017.
2. Benavente Moreda, P. *Orientación sexual e identidad de género y relaciones jurídicas privadas*. *Revista General de Derecho Constitucional*, 2013; 17: 1-75.
3. De Montalvo Jaaskelainen, F. *Problemas legales acerca del tratamiento médico de la disforia de género en menores de edad transexuales*. *Revista General de Derecho Constitucional*, 2017; 24: 1-32.
4. De Montalvo Jaaskelainen, F. *La autonomía de voluntad del menor en el ámbito sanitario*, en Gascón Abellán, M., González Carrasco, M.C. y Cantero Martínez, J.(Coord.). *Derecho sanitario y bioética. Cuestiones actuales*. Tirant lo Blanch, Valencia, 2011.
5. *Deutscher Ethikrat. Intersexuality*, 23 de febrero de 2012.
6. Elosgui, M. *La transexualidad. Jurisprudencia y argumentación jurídica*. Comares, Granada, 1991.
7. López Guzmán, J. *Transexualidad y salud integral de la persona*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2016.
8. Scherpe, J.M. *The legal status of transexual and transgender persons*. Intersentia, Cambridge, 2015.
9. Siverino Bavio, P. *Diversidad sexual y derechos humanos: hacia el pleno reconocimiento de las personas sexualmente diversas*. *Revista General de Derecho Constitucional*, 2014; 19: 1-38.
10. Tapia Ballesteros, P. *Orientación sexual, identidad de género y Derecho penal*. *Revista General de Derecho Constitucional*, 2013; 17: 1-29.

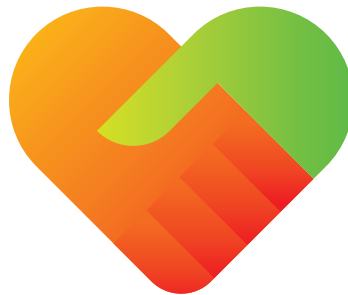
PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. El concepto de interés superior del menor, ¿cuál cree Ud. que es la afirmación falsa?:**
 - a) El Comité de los derechos del niño admite que es complejo y debe valorarse caso por caso.
 - b) Debe ser flexible y adaptable.
 - c) No es necesario conocer las circunstancias si se cuenta con la aprobación del niño firmada.
 - d) Debe ajustarse y definirse de forma individual, con arreglo a la situación concreta del niño.

- 2. Los deberes del Estado respecto al tratamiento de la disforia de género. ¿Cuál es la falsa?**
 - a) El propio proyecto de vida es algo tan absolutamente imprescindible de la dignidad humana que el Estado debe protegerlo.
 - b) El Estado debe garantizar los servicios sanitarios y sociales para desarrollar el propio proyecto personal.
 - c) El Estado no debe inmiscuirse en razones personales, debe ser la familia quien tome las decisiones en caso de un menor.
 - d) Solamente en caso de que las instituciones escolares no faciliten el desarrollo del niño, el Estado debería intervenir.

- 3. Ante las pocas evidencias científicas sobre los beneficios de los tratamientos tanto médicos como quirúrgicos en la disforia de género, y la irreversibilidad de sus resultados, así como la evolución de la identidad en la adolescencia, el interés superior del menor, obligaría a:**
 - a) Ser prudentes y conservadores.
 - b) Ayudar lo más posible al desarrollo personal y social.
 - c) Reforzar la incondicionalidad de la aceptación familia como factor protector mas importante.
 - d) Todas son razonables.

Respuestas correctas en la página 78.e29



Hazte socio

www.adolescenciasema.org



Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia

adolescere

Revista de Formación Continuada de la
Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia

La cuota de inscripción a Adolescencia SEMA es de sólo 25€ anuales.

Anticoncepción en la adolescencia

R. Quintana Pantaleón. Hospital Sierrallana. Servicio Cántabro de Salud. FEA Obstetricia y Ginecología.

Resumen

Comenzar a mantener relaciones sexuales coitales e iniciarse en algo tan importante como es la vida sexual adulta encierra indudables dificultades. Una de ellas es el uso consistente de métodos anticonceptivos y de prevención de infecciones de transmisión sexual. En este taller y a partir de un supuesto clínico, vamos a tratar aspectos relacionados con la anticoncepción, pero sin olvidar que nuestro papel no es solo ayudar a los chicos y chicas a vivir una sexualidad segura, sino también gratificante y respetuosa con la otra persona. Y esto supone abordar con ellos cuestiones como el deseo y el placer sexual, la atracción y el enamoramiento, la orientación sexual, la igualdad, el respeto, el consentimiento, la aceptación del no y de la ruptura, el rechazo al control, la manipulación o la violencia, los riesgos que plantean los nuevos medios de comunicación y las redes sociales, etc.

Palabras clave: *Anticoncepción; Adolescente; Embarazo.*

Abstract

The onset of sexual intercourse and starting adult sex life has undoubted difficulties. One of these is the consistent use of contraceptive methods and the prevention of sexually transmitted infections. In this workshop, based on a clinical case, aspects related to contraception will be discussed, without forgetting that our role is not only to help boys and girls live a safe sexuality, but also one that pleasureable and respectful with the other person. And this involves dealing with issues such as sexual desire and pleasure, attraction and falling in love, sexual orientation, equality, respect, consent, acceptance of "no" and break up, rejection of control, manipulation or violence, the risks posed by social media and social networks, etc.

Key words: *Types of contraception; Adolescence, Choice; Sexual consent.*

Introducción

Acude a la consulta una chica de 15 años acompañada de su pareja. Han comenzado a tener relaciones sexuales coitales y quieren utilizar un método anticonceptivo. ¿Puede atenderse esta demanda de una menor no acompañada por sus padres o tutores?

La inmadurez del adolescente, que debería ser una razón poderosísima para evitar un embarazo, se esgrime como motivo para negarle el asesoramiento anticonceptivo si no acude con sus padres o tutores, requisito que para algunas chicas supone una barrera infranqueable

Algunos profesionales tienen dudas acerca de si deben o pueden hacerlo. En ocasiones, porque no reconocen de forma plena el derecho de los adolescentes a mantener relaciones sexuales o porque consideran que la adolescente por su inmadurez no puede prestar consentimiento al uso de anticonceptivos y que sus padres deben conocer este hecho y ser los que lo presten el consentimiento. Paradójicamente, la inmadurez de la adolescente, que debería ser una razón poderosísima para evitar un embarazo, se esgrime como motivo para negarle el asesoramiento anticonceptivo si no acude con sus padres o tutores, requisito que para algunas chicas supone una barrera infranqueable. En estos casos, el resultado probablemente será que continuará manteniendo relaciones sexuales, ya que impedirselo excede de nuestras posibilidades, pero sin adoptar una anticoncepción eficaz y por tanto, corriendo el riesgo de un embarazo no deseado, una maternidad precoz o una interrupción voluntaria de embarazo que supone una muy triste forma de iniciarse en la sexualidad adulta.

Sin embargo, desde un punto de vista médico la demanda de esta adolescente es adecuada. Mantiene relaciones sexuales, no desea quedar embarazada y solicita asesoramiento para elegir un método anticonceptivo. Esto supone una conducta sexual responsable, particularmente importante en una edad en que la maternidad implica riesgos biológicos y emocionales para la madre, para el desarrollo

y la crianza de la criatura y una importante desventaja social para ambos. Y desde un punto de vista bioético, nuestra principal obligación es procurar el bien de la adolescente y adoptar un curso de acción que proteja a nuestra paciente. Por tanto, la demanda debería ser atendida, ayudando a estos adolescentes a vivir su sexualidad de forma responsable. Elementos claves de esta consulta serían: la información, la deliberación respetuosa, el reconocimiento de la madurez y autonomía que tenga la adolescente y su pareja, la confidencialidad, el consentimiento informado y trabajar la conveniencia de la comunicación con los padres.

Afortunadamente, la Ley 41/2002 que establece la "mayoría de edad médica" a los 16 años, reconoce a los menores de 16 años maduros el derecho a la asistencia sanitaria sin necesidad de autorización de sus padres o representantes legales y la capacidad para prestar un consentimiento válido. La misma ley determina que corresponde al médico responsable de la asistencia valorar la madurez del menor y comprobar si es capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. El grado de madurez necesario, por tanto, será diferente en relación a la gravedad y las consecuencias de la posible intervención.

En el caso de la demanda de un método anticonceptivo, la determinación de la madurez es sencilla. Si la adolescente es paciente nuestra, la evaluación de su madurez vendrá respaldada por el conocimiento que tenemos de su desarrollo y de su personalidad. Pero, en cualquier caso, el hecho de que unos adolescentes acudan a una consulta médica y soliciten asesoramiento anticonceptivo demuestra responsabilidad, autonomía y conocimiento de las consecuencias de la actividad sexual no protegida y de la existencia de métodos anticonceptivos, lo que habla bien a las claras de la madurez necesaria para la intervención solicitada. Es recomendable recoger en la historia clínica que se ha comprobado la madurez de la menor, que el método que finalmente ha decidido utilizar es elegible desde el punto de vista médico y que se le ha aconsejado que informe a sus padres o tutores de que mantiene relaciones sexuales y va a utilizar un método anticonceptivo.

¿Debería informarse a sus padres o representante legales?

Legalmente, los menores maduros tienen los mismos derechos que los adultos a la confidencialidad y protección de datos de carácter personal relativos a su salud.

En la entrevista clínica con esta adolescente y su pareja debe hacerseles ver la importancia de que sus padres estén informados y puedan participar en la decisión sobre el método anticonceptivo más adecuado. Si son pacientes nuestros, conoceremos a sus padres y podremos incluso ofrecerles como mediadores. Pero si no quieren informarlos, como lo que está en juego es un derecho personalísimo, no es aconsejable que el profesional lo haga.

La confidencialidad es el pilar básico sobre el que se asienta la Medicina de la Adolescencia y deben de existir razones muy bien fundadas para romperla.

¿La reciente modificación en el Código Penal de la edad de consentimiento sexual influye en la conducta profesional ante este tipo de demandas?

No. La reciente reforma del Código Penal ha elevado la edad del consentimiento sexual de los 13 a los 16 años para mejor defender a los y las menores de los abusos sexuales, la explotación sexual y la pornografía infantil. Pero esta reforma no ha pretendido "ilegalizar" las relaciones sexuales entre menores o jóvenes o establecer que un o una menor de 16 años no pueda otorgar su consentimiento para mantener relaciones sexuales. Se limita a establecer la edad por debajo de la cual se prohíbe que un adulto realice actos de carácter sexual con un menor. Y reconoce explícitamente que los menores pueden mantener relaciones consentidas con sus pares tal y como queda recogido en el nuevo artículo 183 quater: "el consentimiento libre del menor de dieciséis años excluirá la responsabilidad penal por los delitos previstos en este Capítulo, cuando el autor sea una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo y madurez".

En el caso de que la adolescente no acuda acompañada de su pareja, algunos profesionales se sentirán más seguros preguntando acerca de su edad y el tipo de relación que mantienen, para excluir cualquier posibilidad de abuso.

De una norma que trata de proteger a los menores no puede extraerse una aplicación que les perjudique gravemente, criminalizando el ejercicio de su sexualidad libremente consentida entre iguales.

Corresponde al médico responsable valorar la madurez del menor y comprobar si es capaz de comprender el alcance de la intervención

La reforma del Código Penal eleva la edad del consentimiento sexual de los 13 a los 16 años

“En la entrevista clínica, los adolescentes también plantean que el día anterior han tenido relaciones no protegidas y que quieren una píldora postcoital” ¿Puede dispensarse una píldora postcoital a una menor de 16 años no acompañada por sus padres o tutores?

La petición de una píldora postcoital demuestra responsabilidad y conocimiento de riesgo de embarazo. Por tanto, podemos considerarlos “menores maduros” y prescribir la píldora sin necesidad del consentimiento de sus padres o tutores, tal y como requiere la ley de autonomía del paciente

La petición de una píldora postcoital demuestra igualmente responsabilidad y conocimiento del riesgo de una relación no protegida y de la posibilidad de prevenir un embarazo no deseado aún después de haberla mantenido. Por tanto, podemos considerarlos “menores maduros” y prescribir la píldora sin necesidad del consentimiento de sus padres o tutores, tal y como requiere la ley de autonomía del paciente.

¿Qué debemos saber?

La *anticoncepción de emergencia (AE)* ocupa un lugar importante en la anticoncepción de los adolescentes, dado que las relaciones sexuales no planeadas y sin protección, o los fallos con el método habitual son muy frecuentes. El extendido uso del alcohol como mediador del ocio facilita el que no se adopten las precauciones anticonceptivas necesarias en muchos casos.

El uso repetido de la píldora postcoital en adolescentes que mantienen relaciones esporádicas puede indicar que tienen dificultades para negociar el uso de preservativos, y que optan por la anticoncepción de emergencia como alternativa menos comprometida desde el punto de vista emocional. Identificar estas situaciones y ayudarles a plantear el uso del preservativo forma parte de la atención que debe prestarse a las adolescentes. Por otra parte, resulta conveniente proporcionar una dosis de píldora postcoital a los chicos y chicas que eligen utilizar métodos, como el preservativo o la píldora, con posibilidad de fallos en su utilización. Se ha demostrado que no se incrementa el abandono del método elegido y sí la utilización de la postcoital en caso de necesidad.

Indicaciones: coito no protegido, uso incorrecto del método habitual, rotura de preservativo, expulsión del anillo anticonceptivo o del DIU, despegamiento del parche, uso de teratógenos y violación.

Para la AE disponemos de dos tipos de píldoras postcoitales y también pueden usarse con este fin los DIUs de cobre.

Píldora anticonceptiva de emergencia de Levonorgestrel (PAE de LNG)

Se administran 1,5 mg en dosis única (Dispensada gratuitamente por muchos Servicios de Salud) en las primeras 72 horas. Existe una gran experiencia en el uso de este fármaco. Su seguridad ha permitido que sea de venta libre en farmacias.

Elegibilidad: No existen contraindicaciones médicas a estas dosis. Puede ser utilizada antes de la menstruación y en más de una ocasión en el mismo ciclo.

Seguridad: Ampliamente demostrada lo que ha permitido que sea un medicamento de venta libre. Su administración en un embarazo inadvertido no tiene consecuencias sobre la adolescente, el curso del embarazo o el feto y tampoco si no se consigue prevenir la gestación.

Eficacia: Se considera que por cada 1000 tratamientos se evitan 53 embarazos. La eficacia del tratamiento disminuye a medida que pasan las horas tras el coito no protegido por lo que se recomienda su utilización cuanto antes dentro de las primeras 72 horas.

Reacciones adversas: Puede provocar náuseas y vómitos por lo que se recomienda administrar un antiemético, sobre todo si está próximo el límite de las 72 horas y repetir la dosis si se producen vómitos en las dos horas siguientes a la toma del medicamento.

Mecanismo de acción: El principal mecanismo de acción y quizá el único es retrasar la ovulación 5-7 días. Los estudios realizados demuestran que la PAE de LNG no impide la implantación y que solo es eficaz si se toma antes de que el ovulo sea liberado y los espermatozoides lo fecunden.

La siguiente regla puede aparecer en la fecha prevista, aunque en algunos casos se adelanta y en otros se atrasa, dependiendo del momento del ciclo en que se ingirió la dosis. Transcurrida una semana de la fecha esperada debe realizarse un test de embarazo.

Píldora de Acetato de Ulipristal

Se administran 30 mg en dosis única (Requiere receta médica, no financiado) por vía oral lo antes posible y como máximo en las 120 horas (5 días) siguientes al coito no protegido.

Elegibilidad: No existen contraindicaciones ni restricciones a su uso repetido.

El uso repetido de la píldora postcoital en adolescentes, indica que optan a este método como alternativa menos comprometida

La píldora anticonceptiva se administra en dosis única en las primeras 72 horas

El mecanismo principal de la píldora anticonceptiva es retrasar la ovulación de 5 a 7 días

Seguridad: La información sobre seguridad en caso de embarazo es escasa por lo que antes de su administración se debe descartar una gestación.

Eficacia: Similar a la de la PAE de LNG. No disminuye por el uso simultáneo de inductores enzimáticos lo que sí sucede con ésta.

Reacciones adversas: Puede provocar con frecuencia cefalea, náuseas, vómitos y dolor abdominal que remiten espontáneamente y raramente sangrado intermenstrual. Si se producen vómitos dentro de las 3 horas que siguen a la administración debe repetirse la dosis añadiendo un antiemético.

Mecanismo de acción: similar al del levonorgestrel, inhibiendo o retrasando la ovulación durante 5 días. Puede tener algún efecto sobre el endometrio, pero aún no es bien conocido.

Manejo clínico de la anticoncepción de emergencia

Seguramente esta adolescente y su pareja no se sentirán cómodos al solicitar un método anticonceptivo postcoital. Es importante, por tanto, que nuestra actitud sea respetuosa, no enjuiciadora y empática. Realizaremos una anamnesis que nos permita conocer:

- Fecha de la última regla y tipo menstrual. La píldora postcoital está indicada independientemente del día del ciclo, pero este dato nos permitirá conocer si existe alguna posibilidad de que la adolescente esté embarazada como consecuencia de relaciones no protegidas previas.
- Horas transcurridas desde el coito no protegido. Transcurridas más de 72 horas, la eficacia del levonorgestrel disminuye. Como alternativa entre las 72 y las 120 horas podrá utilizarse el acetato de ulipristal o incluso un DIU de cobre.
- Uso de fármacos inductores enzimáticos o de hierba de San Juan que puedan disminuir la eficacia de la píldora postcoital. En este caso se indicarán 3 mg de levonorgestrel o la píldora de acetato de ulipristal.
- Método anticonceptivo habitual y dificultades en su uso.
- Riesgo de ITS, especialmente si se está valorando como anticonceptivo de emergencia el DIU.

No es necesario realizar ninguna exploración ginecológica. Solo si existe un retraso menstrual, se desconoce la fecha de la última regla o hay que utilizar acetato de ulipristal por el tiempo transcurrido desde la relación no protegida, habrá que realizar una prueba de embarazo.

¿Qué debemos decirles?

Conviene explicar a la adolescente que la píldora postcoital es un método anticonceptivo con muchos fallos y abordar la necesidad de elección de un método anticonceptivo más eficaz, así como la protección frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Informaremos a la adolescente de los posibles efectos secundarios y alteraciones del patrón de sangrado. La siguiente regla puede aparecer en la fecha prevista, aunque en algunos casos se adelanta y en otros se atrasa, dependiendo del momento del ciclo en que se ingirió la dosis.

Se le ofrecerá una cita transcurridas tres semanas de la relación no protegida para confirmar que se ha producido un sangrado menstrual. En caso contrario se realizará una prueba de embarazo. En este encuentro se abordarán con más tranquilidad aquellos problemas que se hayan identificado: dificultad para adoptar una conducta sexual responsable, elección de un método eficaz, prevención de ITS, comunicación con la pareja, consumo de alcohol, etc.

¿Cómo ayudar a elegir un método anticonceptivo a estos adolescentes?

La elección de un método anticonceptivo requiere de un cuidadoso consejo contraceptivo. Hemos de establecer un diálogo que nos permita ayudar a esta pareja a elegir el método más adecuado en ese momento concreto de sus vidas. Para ello desarrollaremos un proceso asistencial que pretende:

- Conocer las necesidades de la chica o pareja, identificar sus valores y preferencias, así como sus opiniones o experiencias con los métodos anticonceptivos.
- Identificar el riesgo de ITS.
- Valorar el estado de salud y comprobar que no existe contraindicación para el uso de los métodos recomendados en la adolescencia. Para conocer si un método puede ser elegible usaremos el

Ante la solicitud de anticoncepción de emergencia, nuestra actitud profesional será respetuosa, no enjuiciadora y empática

documento “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” de la OMS, edición 2015, disponible en Internet. Las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada método anticonceptivo se clasifican en cuatro categorías:

1. Condición para la que no hay restricción en el uso del método.
2. Condición donde las ventajas del método generalmente superan los riesgos, pero que requiere un seguimiento.
3. Condición donde los riesgos generalmente superan las ventajas, por lo que no se recomienda su uso, a menos que no exista otro método aceptable y siempre con un seguimiento muy cuidadoso.
4. Condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

Así, por ejemplo, el uso de AHC sería una categoría 1 desde la menarquia y en adolescentes con epilepsia y una categoría 2 en caso de obesidad, tabaquismo, diabetes o migraña sin aura. Sin embargo, deberíamos no indicar este método por ser categoría 3 si la adolescente padece hipertensión, diabetes con afectación vascular, hepatitis aguda, tratamientos antiepilépticos con fenitoína, carbamazepina, topiramato, oxcarbazepina, barbitúricos y lamotrigina y antituberculosos con rifampicina o rifabutina. Y se consideran categoría 4 los antecedentes de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar, trombofilia, cirugía mayor con inmovilización, lupus sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivos, hipertensión pulmonar, endocarditis, migraña con aura y adenomas hepatocelulares.

Los criterios de elegibilidad para la anticoncepción con solo gestágenos (ASG) son diferentes y muchas de las situaciones clínicas en las que no es elegible la AHC, son compatibles con su utilización. Lo mismo sucede con los DIU.

Si la adolescente es paciente nuestra, conoceremos bien sus antecedentes familiares y personales. En caso contrario, habrá que investigar si hay riesgo de trombofilia y si padece migrañas con aura, problemas que aunque infrecuentes pueden darse en la adolescencia y que contraindican el uso de anticoncepción hormonal combinada (AHC). También tendremos en cuenta la posible interacción medicamentosa si sigue tratamiento antiepiléptico o antituberculoso. Conviene tomar la tensión arterial y calcular el índice de masa corporal.

- Proporcionar información sobre los métodos recomendados en la adolescencia: mecanismo de acción, seguridad, eficacia, duración, reversibilidad, efectos sobre el ciclo menstrual, efectos secundarios, protección frente a ITS, privacidad y facilidad de uso.
- Promover la participación de la adolescente o pareja y comprobar que están comprendiendo la información proporcionada.
- Ayudarlos a deliberar sobre la conveniencia de cada método en función de su situación, necesidades, características y preferencias. Son necesarios la escucha atenta y respetuosa y el consejo no directivo.
- Una vez elegido un método, explicar cómo usarlo, el manejo de eventualidades (rotura de preservativo, olvido de la píldora, vómitos, uso de otros fármacos) y qué hacer ante la aparición de los efectos secundarios más frecuentes. Es recomendable facilitar esta información también por escrito.
- Proponer un seguimiento y facilitar el acceso a la consulta ante cualquier imprevisto. En las consultas sucesivas, además de comprobar la tolerancia y el uso adecuado del método elegido, se alentará la conducta sexual responsable y se abordarán temas como la comunicación con la pareja, el buen trato y si las relaciones son satisfactorias o no. En el caso de que los padres no hayan sido todavía informados, debe deliberarse sobre ello.

“No tienen riesgo de ITS porque para ambos es su primera experiencia sexual, pero la adolescente desea utilizar preservativos, aunque su pareja los encuentra incómodos”.

¿Qué debemos saber?

Los preservativos son el método más utilizado entre los adolescentes. Esta casi exclusividad del preservativo en la adolescencia tiene un inconveniente. Al no conocer bien los otros métodos, los adolescentes que rechazan el preservativo se quedan sin posibles alternativas.

Contraindican la anticoncepción hormonal combinada en la adolescente: el riesgo de trombofilia y las migrañas con aura

El preservativo es el método más utilizado en los adolescentes. Son muy seguros y prácticamente sin efectos secundarios

Su uso en esta etapa es más el resultado de no requerir el concurso de profesionales sanitarios que de la intención de prevenir también las ITS. Pocos adolescentes consideran que sea necesaria esta prevención. Contribuye a su no percepción del riesgo el que suelen elegir a sus parejas entre su grupo de amigos y conocidos lo que les infunde una falsa seguridad. Es por ello importante informarles sobre las ITS y sobre la conveniencia del uso del preservativo. Su uso reduce el riesgo de transmisión del HIV, sífilis, clamidia trachomatis, gonococia, trichomonas vaginalis, herpes genital, papilomavirus y hepatitis B.

Indicaciones: Es un método muy adecuado en la adolescencia porque las relaciones con frecuencia son imprevistas o esporádicas y con diferentes parejas.

Seguridad: Son muy seguros sin prácticamente efectos secundarios.

Eficacia: La tasa de embarazo es de 2 a 12 gestaciones por cada 100 chicas que lo utilicen durante un año, pero va a depender de cómo se utilice el preservativo. Por eso es muy importante explicar pormenorizadamente como debe utilizarse.

¿Qué podemos decirles?

Que es una buena idea utilizar preservativos para evitar cualquier riesgo de ITS y para que sean ambos los que colaboren en la protección anticonceptiva. Les recomendaremos:

- Comprar preservativos de marcas de prestigio en establecimientos o Internet.
- Comprobar caducidad y abrir el envoltorio sin dañar el preservativo.
- Colocarlo en cuanto haya erección y antes de la penetración, con el anillo en el que está enroscado hacia el exterior.
- Pinzar el extremo mientras se desenrolla sobre el pene para que quede un espacio libre de aire que servirá para recoger el semen.
- Evitar la penetración sin preservativo ya que las secreciones preeyaculatorias tienen espermatozoides y además puede producirse una eyaculación involuntaria en la vagina.
- Si se utilizan lubricantes deben ser hidrosolubles (la necesidad de utilizar lubricante indica que la adolescente no se encuentra suficientemente excitada y, por tanto, no está aún preparada para el coito. Es importante informar sobre la respuesta sexual humana y hablar sobre la técnica del encuentro sexual).
- Después de la eyaculación hay que retirar el pene sujetando la parte del preservativo que está en su base para evitar que quede retenido en la vagina.
- Debe cerrarse el preservativo con un nudo y comprobar su integridad.
- El uso de cremas y óvulos para la vulvovaginitis candidiásica hace que los preservativos pierdan eficacia.
- Los preservativos tiene una tasa de rotura de 0,5-3%. En caso de producirse se recomienda el uso de píldora postcoital.

¿Cómo podemos abordar la reticencia del chico a utilizar el preservativo?

Algunos adolescentes, como el que ha acudido a consultarnos tienen dificultades con los preservativos. Conviene conocer el por qué y proponer soluciones concretas:

- Alergia al látex: preservativos libres de látex.
- Incomodidad, sensación de estrangulamiento, el preservativo no llega a la base del pene: una talla más grande.
- Se arruga, sobra en la base del pene, tiende a salirse o se enrolla durante la relación: una talla más pequeña.
- Disminución de la sensibilidad: preservativos extrafinos o sin látex.
- Pérdida de espontaneidad: integrar el preservativo en el juego sexual.
- No disponibilidad en el momento: comprar preservativos ante la posibilidad de mantener un encuentro sexual.

Algunos adolescentes tienen dificultades con el preservativo, conviene conocer el por qué y proponer soluciones concretas

“La chica nos cuenta que no estaban utilizando el preservativo bien y que han tenido algún susto. Quiere utilizar también otro método para sentirse más segura”.

¿Qué debemos saber?

La utilización del preservativo junto con otro método, generalmente hormonal, que persigue conseguir protección frente a ITS y una mayor eficacia anticonceptiva, es muy recomendable en la adolescencia y se denomina doble método. Los usuarios de un doble método mantiene contacto con los profesionales sanitarios con más probabilidad que si solo usaran protección de barrera, lo que permite un mejor asesoramiento.

¿Qué podemos decirles?

Que es una buena idea ya que, aunque el preservativo es bastante eficaz y es muy recomendable su uso para evitar ITS, no proporciona una protección anticonceptiva tan alta como otros métodos. En su caso, al ser totalmente indeseable un embarazo, conviene utilizar una protección anticonceptiva superior a la que proporciona el preservativo. Además, el uso de un doble método supone que tanto el chico como la chica se responsabilizan de su propia capacidad reproductiva, lo que es muy sensato.

“Nuestra joven paciente disfruta de buena salud, en su familia no hay antecedentes de enfermedad tromboembólica (ETV), no padece migrañas con aura, no es fumadora y su tensión arterial y su IMC son normales. ¿Qué otro método podemos recomendarles?”

¿Qué debemos saber?

Además del preservativo, los métodos recomendados en la adolescencia son la AHC y la ASG que pueden ser utilizadas desde la menarquia ya que no interfieren con la maduración del eje hipotálamo-hipófiso-ovárico. Aunque el DIU también se considera recomendable, en la práctica se reserva para casos muy concretos.

Anticoncepción hormonal combinada:

Indicaciones: Adolescentes sanas que mantienen relaciones sexuales con suficiente frecuencia y que no requieren protección frente a ITS. Es de elección en casos de dismenorrea importante, problemas de sangrado menstrual excesivo, síndrome de ovario poliquístico, acné o hirsutismo.

Seguridad: Es muy segura en la adolescencia ya que raramente concurren otros factores de riesgo de ETV o cardiovasculares.

Elegibilidad: Las situaciones clínicas que pueden darse en la adolescencia y contraíndican el uso de AHC están recogidas en “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” de la OMS, edición 2015.

- Trombofilia hereditaria.
- ETV.
- Anticuerpos antifosfolípidicos.
- Cirugía mayor e inmovilización prolongada.
- Migrañas con aura.
- Hepatitis aguda.
- Tumores hepáticos benignos.
- Uso de anticonvulsivos: fenitoina, carbamazepina, barbitúricos, primidona, oxcarbazepina, lamotrigina en monoterapia. Tratamiento con rifampicina y rifabutina. Uso de hierba de San Juan.
- Primeras 3 semanas postparto (pueden iniciarse inmediatamente después de un aborto).
- Durante los 6 primeros meses de lactancia materna.

Efectos no deseables: Incremento de peso en adolescentes que presentan una especial sensibilidad al efecto anabolizante de estos preparados, náuseas y vómitos, sangrados intermedios, cloasma y cambios en la libido y en el humor.

El doble método en la adolescencia es muy recomendable. Consiste en la utilización del preservativo junto con otro método, generalmente hormonal, que persigue conseguir protección frente a ITS y una mayor eficacia anticonceptiva

Los métodos recomendados en la adolescencia son además del preservativo, la AHC y la ASG que pueden ser utilizadas desde la menarquia ya que no interfieren con la maduración del eje hipotálamo-hipófiso-ovárico

Disponemos de varias formulaciones: píldora, anillo vaginal y parche que están sujetos a los mismos criterios de elegibilidad.

Anticoncepción hormonal con solo progestágenos:

Indicaciones: Es una buena alternativa cuando existen contraindicaciones para el uso de la anticoncepción hormonal combinada o produce efectos secundarios o bien se prefieren métodos de larga duración o sin problemas de cumplimiento como el implante.

Seguridad: Es un método muy seguro.

Elegibilidad: Tal y como recoge el documento "Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos" en su edición 2015, no es un método elegible si la adolescente presenta:

- Tumor hepático.
- Anticuerpos antifosfolípidicos.
- ETV.
- Tratamiento con ritonavir, carbamacepina, fenitoina, primidona, barbitúricos, topiramato, oxcarbacepina, rifampicina, rifabutina y hierba de San Juan.

Efectos no deseables: alteración del patrón menstrual y en el caso de la inyección trimestral incremento del peso.

Disponemos de varias formulaciones: píldora con solo gestágenos de toma diaria e ininterumpida, inyección trimestral e implante anticonceptivo de 3 años de duración.

La inyección trimestral de acetato de medroxiprogesterona (Depo-Progevera, financiada) impide adquirir masa ósea a las adolescentes menores de 18 años. Se desconoce si ésta pérdida impide a las adolescentes alcanzar su potencial pico de masa ósea, por lo que se utilizará en mayores de 18 años y siempre que otro método no sea elegible.

DIU

Presenta la ventaja de ser un método de larga duración, eficaz y que no requiere cumplimiento. Puede ser una buena elección en adolescentes con hijos que mantienen relaciones sexuales estables y en aquellos casos en que la adolescente no desee usar métodos hormonales ni de barrera y no requiera protección frente a ITS.

Es muy poco usado en nuestro medio en adolescentes, a pesar de ser un método recomendado por su eficacia y larga duración por la American Academy of Pediatrics, la OMS, los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y otras organizaciones muy preocupadas por la frecuencia de los embarazos no deseados en este grupo de edad. En nuestro país, con una frecuencia muy inferior, pesan más los riesgos del método por lo que la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Sociedad Española de Contracepción (SEC) recomiendan que se utilice solo si otro método no es elegible.

"Al hacer la historia la adolescente nos ha explicado que sus reglas son regulares pero dolorosas el primer y segundo día, de seis días de duración y abundantes. En ocasiones no puede acudir al instituto o tiene que cambiar de planes de ocio por ello".

¿Qué debemos saber?

La anticoncepción hormonal tiene efectos beneficiosos sobre problemas que afectan con cierta frecuencia a las adolescentes:

- Hemorragia de deprivación regular, más corta y menos abundante que el sangrado menstrual con disminución de anemias feropénicas.
- Alivio de la dismenorrea.
- Mejoría del acné y del hirsutismo (AHC).
- Reduce la incidencia de quistes ováricos funcionales y de patología benigna de la mama. (AHC).

Inicialmente es preferible el uso de AHC ya que la ASP presenta un patrón de sangrado menstrual muy variable (sangrado escaso y prolongado, sangrado esporádico e impredecible, amenorrea...).

El DIU es un método de larga duración, eficaz y poco utilizado en nuestro país

La anticoncepción hormonal tiene efectos beneficiosos sobre problemas que afectan con cierta frecuencia a las adolescentes: hemorragias abundantes, dismenorrea, mejora acné e hirsutismo, etc.

En el sangrado menstrual excesivo y el dolor menstrual están indicados los anticonceptivos orales

¿Qué podemos decirle?

Podemos explicarle que el sangrado menstrual excesivo y el dolor menstrual pueden aliviarse e incluso desaparecer con el uso de la anticoncepción hormonal que le ofrecería además una gran protección anticonceptiva.

Podría utilizar píldora anticonceptiva que está financiada por el SNS. Su uso es sencillo pero requiere no tener olvidos. Tomaría la primera píldora entre el primer y el quinto día de su próxima regla y a continuación tendría que tomar una píldora diaria durante 21 días consecutivos, con una pausa sin tratamiento de 7 días. En este intervalo se producirá una hemorragia de privación. Al octavo día se reinicia la toma de la píldora y así sucesivamente. Si prefiriese una toma continua para evitar olvidos se dispone de preparados de 28 días con las 7 últimas píldoras de placebo.

También podría utilizar el anillo anticonceptivo, que no está financiado. Algunas adolescentes lo encuentran más cómodo y con menos riesgo de olvidos que la píldora diaria. Para iniciar su uso, el anillo se comprime entre los dedos y se introduce completamente en la vagina entre el día 1 y 5 de un sangrado menstrual. No es necesario conseguir una posición determinada del anillo en la vagina, pero una vez colocado no debe notarse. Se mantiene durante tres semanas y se retira traccionando con el dedo índice de la parte más accesible del anillo. Transcurrida una semana sin anillo, en la que aparece un sangrado por privación, se colocará otro.

Puede elegir también el parche anticonceptivo que tampoco está financiado. El primer parche se aplica el primer día de sangrado de un ciclo y, a continuación, uno cada semana durante tres semanas, seguidas de un intervalo libre de 7 días durante el que se producirá la hemorragia de privación. Los parches sucesivos se colocarán en diferentes localizaciones, espalda, abdomen, brazos, evitando la colocación sobre las mamas, porque la alta concentración local de estrógeno puede ocasionar tensión mamaria.

Manejo clínico de la AHC

Para indicar este método solo es necesario realizar una historia clínica para descartar aquellas situaciones clínicas, enumeradas anteriormente, que lo hacen no elegible.

Es una buena práctica tomar la tensión arterial, aunque en estas edades es muy infrecuente la hipertensión y pesar a la adolescente para tener una referencia frente a posibles cambios en el peso durante el uso del método.

La exploración en adolescentes sin problemas ginecológicos es totalmente innecesaria y contraproducente.

De primera elección es la combinación que contiene 30 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de levonorgestrel (financiada). No se recomienda utilizar preparados con dosis más bajas de 30 microgramos de etinilestradiol para evitar un efecto negativo sobre la masa ósea. El preparado con 35 mcg de etinilestradiol y 250 mcg de norgestimato (financiado) es de elección cuando con el preparado anterior hay un mal control del ciclo o si la adolescente presenta acné o hirsutismo. Si la afectación es importante puede usarse un preparado con 35 mcg de etinilestradiol y 2 mg de acetato de ciproterona (financiado) que se suspenderá tres meses después de obtener mejoría, continuando con otras píldoras con norgestimato.

Las píldoras que contienen drospirenona, gestodeno o desogestrel deben considerarse de segunda línea y utilizarse solo en casos de efectos adversos con los otros preparados, tales como cefalea, depresión, aumento de peso o síntomas mamarios.

Debe proporcionarse un consejo pormenorizado verbal y escrito sobre cómo se usan e instrucciones sobre qué hacer en caso de olvidos y vómitos o diarrea en las dos horas siguientes a la toma.

Se le dará una cita de seguimiento transcurridos 3 meses y la posibilidad de contactar ante cualquier dificultad o duda que pueda surgir.

“Transcurridos 3 meses, acude a la cita programada de seguimiento. Esta vez, acompañada de su madre a la que ha contado su relación. Refiere que sus reglas son mucho más cortas, menos abundantes y no dolorosas. Cree que la píldora le ha venido muy bien y no ha necesitado quedarse en cama, ni recurrir

En los AHC orales no se deben utilizar preparados con dosis más bajas de 30 mcg de etinilestradiol, para evitar el efecto negativo sobre la masa ósea

a antiinflamatorios. Su madre comenta que tiene que estar muy pendiente para evitar que se le olvide tomarla y pregunta por el implante anticonceptivo”.

¿Qué debemos saber?

El implante anticonceptivo consiste en una varilla flexible radiopaca que contiene un progestágeno y que se inserta en la cara interna del brazo no dominante (financiado).

Indicaciones: Adolescentes que requieren un método anticonceptivo de larga duración, muy eficaz y que no desean o no son buenas candidatas al uso de otros métodos hormonales por falta de cumplimiento, trastornos de conducta, enfermedad mental, diversidad funcional, etc.

Seguridad: Puede usarse sin restricciones entre la menarquia y los 18 años, ya que no parece afectar la DMO.

Eficacia: Es muy elevada, pero puede disminuir si se utilizan fármacos inductores enzimáticos como la rifampicina o anticonvulsivos y sustancias como la hierba de San Juan. Esta eficacia se mantiene tres años, tras los cuales debe procederse a su extracción y, si se desea, a la colocación de un nuevo implante a través de la misma incisión.

¿Qué podemos decirle?

Que es un método seguro y eficaz, pero que va a producir un cambio impredecible en su patrón menstrual. Algunas adolescentes presentarán amenorrea, otras reglas escasas e irregulares y algunas sangrados prolongados. Estos cambios no tiene ningún significado patológico, aunque pueden obligar a retirar el implante. Por otra parte, no suele producir cambios en el peso, alteraciones del humor o de la libido, pero pueden darse.

La colocación y la retirada es sencilla y prácticamente indolora porque se utiliza un anestésico local. A los 3 años decae su eficacia anticonceptiva por lo que debe cambiarse o pasar a utilizar otro método.

Manejo clínico

De igual manera que con la AHC, para indicar este método solo es necesario realizar una historia clínica para descartar causas de no elegibilidad. La toma de la TA no es necesaria, pero sí es conveniente conocer el peso de la adolescente.

El implante se inserta por parte de personal médico o de enfermería (matronas) entrenado, en la cara interna del brazo no dominante, en los 5 primeros días del ciclo.

Se advertirá sobre las interacciones medicamentosas ya comentadas.

Se ofrecerá una cita de seguimiento transcurridos tres meses para conocer si se han producido cambios en el patrón menstrual, su aceptación y la aparición de cualquier otro efecto secundario.

Bibliografía

1. Quintana Pantaleón C. Sexualidad y anticoncepción en la adolescencia. *Pediatr Integral* 2013; XVII(3): 171-184.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de la Juventud. Informe de la Juventud en España. 2012. Disponible en: www.injuve.es/observatorio
3. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Policy statement: contraception for adolescents. *Pediatrics*. 2014;134:e1244-56.
4. Grubb LK, Beyda RM, Eissa MA, Benjamins LJ. A Contraception Quality Improvement Initiative with Detained Young Women: Counseling, Initiation, and Utilization. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2018 Jan 27. pii: S1083-3188(18)30010-X. doi: 10.1016/j.jpog.2018.01.002.
5. Serrano Fuster I. Anticoncepción en la adolescencia. *Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. Grupo de Trabajo de Ginecología en la Infancia y Adolescencia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid 2013.p.143-151.*
6. Bonny AE, Lange HL, Gomez-Lobo V. Hormonal contraceptive agents: a need for pediatric-specific studies. *Pediatrics*. 2015;135:4-6.
7. Ott MA, Sucato GS; Committee on Adolescence. Contraception for adolescents. *Pediatrics*. 2014;134:e1257-81.
8. Apter D. Contraception options: Aspects unique to adolescent and young adult. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018 Apr;48:115-127. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2017.09.010.

El implante anticonceptivo es un método de larga duración y eficaz, principalmente en situaciones de enfermedad mental o trastornos de conducta

El implante se inserta por parte de personal médico o de enfermería (matronas) entrenado, en la cara interna del brazo no dominante, en los 5 primeros días del ciclo

La adolescencia y la enfermedad meningocócica. Situación actual y nuevas vacunas

F.J. Álvarez García. Pediatra C.S. de Llanera (Asturias). Miembro de los Comités Asesores de Vacunas de la AEP y del Principado de Asturias. Experto Universitario en vacunas en Atención Primaria. Universidad Complutense de Madrid.

Resumen

La enfermedad meningocócica invasora (EMI), con sus dos formas de presentación principales (sepsis y meningitis), es una patología grave y potencialmente mortal, causada por distintos serogrupos de *Neisseria meningitidis*. El serogrupo predominante en Europa es el B, pero hay un incremento evidente del W y del Y. Muchos de los factores de riesgo de la EMI tiene lugar en la adolescencia, que es el periodo de la vida donde hay más portadores de meningococo en nasofaringe. El diagnóstico tarda más tiempo en la adolescencia ensombreciendo el pronóstico. Hasta ahora disponíamos de vacunas frente al meningococo C, actualmente pauta 1+1+1, y frente al meningococo B, 4CMenB, con pautas según edad, con financiación en grupos de riesgo y con la consideración de los pediatras como vacuna para incluir en calendario sistemático. Las vacunas antimeningocócicas ACWY ya están disponibles y hay unas recomendaciones específicas de los pediatras, que aún no consideran su inclusión como vacuna sistemática. Está próxima la comercialización en España de una nueva vacuna frente al meningococo B que se podrá usar a partir de los 10 años de edad y que abre el horizonte preventivo frente a esta enfermedad.

Palabras clave: *Enfermedad meningocócica; Adolescencia; Vacunas meningocócicas.*

Abstract

Invasive meningococcal disease (IMD), with its two main forms of presentation (sepsis and meningitis), is a serious and life-threatening pathology caused by different serogroups of *Neisseria meningitidis*. B is the predominant serogroup in Europe, however there is an evident increase in W and Y. Many of the risk factors for IMD occur in adolescence, which is the period of life where there are more meningococcal nasopharynx carriers. The diagnosis takes longer in adolescence, darkening the prognosis. Vaccines against meningococcal C are currently available and follow a 1 + 1 + 1 guideline; also against meningococcal B, 4CMenB, which follow guidelines according to age, with funding in risk groups and with pediatricians supporting its inclusion in the vaccination calendar. ACWY meningococcal vaccines are already available as well as specific recommendations from pediatricians, who still do not consider their inclusion as a routine vaccine. The commercialization in Spain of a new vaccine against meningococcal B that can be used after 10 years of age is near and it opens the preventive horizon against this disease.

Key words: *Meningococcal disease; Adolescence; Meningococcal vaccines.*

En el año 2000 se produjo un brote epidémico de enfermedad meningocócica invasora (EMI) por meningococo W en el Hach (peregrinación anual a La Meca) que posteriormente se expandió a varios países africanos

Epidemiología de la enfermedad meningocócica

La enfermedad meningocócica invasora (EMI), con sus dos formas de presentación principales (sepsis y meningitis), es una patología grave y potencialmente mortal, causada por distintos serogrupos de *Neisseria meningitidis*. El serogrupo predominante en Europa es el B. La mayoría de los casos se producen en la edad pediátrica, con una mortalidad aproximada del 10% y un riesgo de secuelas permanentes del 20-30% entre los supervivientes. Presenta mayor incidencia y letalidad en niños sanos menores de 2-3 años, seguido de los adolescentes, aunque puede ocurrir a cualquier edad.

En el año 2000 se produjo un brote epidémico de enfermedad meningocócica invasora (EMI) por meningococo W en el Hach (peregrinación anual a La Meca) que posteriormente se expandió a varios

países africanos. Este brote estuvo causado por el complejo clonal ST-11CC, especialmente virulento, del que se han descrito dos linajes diferentes, uno de ellos el causante del brote en La Meca y los países africanos y otro que se ha extendido por Latinoamérica y, desde allí, al Reino Unido y otros países europeos como Holanda.

Por otra parte, en otras zonas de Europa, especialmente en los países nórdicos, se empezó a detectar desde 2007 un aumento de casos de EMI por serogrupo Y, llegando a suponer el 50% de los casos en Suecia en el año 2011, con descenso paulatino sin haberse introducido la vacunación.

En España según datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), durante la temporada 2015/2016 el número total de casos declarados de enfermedad meningocócica fue de 314, de los que se confirmaron 268 (85,4%). Entre los casos confirmados, 155 (57,8%) se debieron al serogrupo B (tasa de 0,33 casos por 100.000 habitantes).

En la distribución por edades, para el serogrupo B las tasas más altas correspondieron a los menores de 5 años (9,06 casos por 100.000 para los menores de 1 año y 2,39 casos por 100.000 habitantes en el grupo de 1 a 4 años).

En el cierre provisional de la temporada 2016/2017 se declararon 139 casos de EMI por serogrupo B con una tasa de 0,30 casos por 100.000 habitantes.

En cuanto al serogrupo W desde 2015 se ha detectado un aumento progresivo de casos, que se multiplicó por cuatro en la temporada 2015/2016 (0,05 casos/100.000 habitantes), con respecto a la previa.

Sin embargo, esta tendencia al alza no se ha mantenido en 2017, detectándose un número de aislamientos de serogrupo W similar al del año anterior, en torno a 28 casos (datos no publicados), sin embargo en enero de 2018 ha habido un repunte importante con 9 casos.

En cuanto al serogrupo Y como causante de EMI, se ha visto un aumento también en su incidencia en España, aunque de una forma mucho menos evidente que el W (21 casos en 2017), sin embargo en enero de 2018 ha habido un repunte importante con 8 casos.

Adolescentes

La *Neisseria meningitidis* tiene, como todas las bacterias capsuladas, tendencia a permanecer en la nasofaringe. La tasa de portadores es máxima en la adolescencia pudiendo suponer un 30% en esta edad. Desde aquí la bacteria se puede transmitir a los niños pequeños, a los propios adolescentes y a la edad anciana, que son los 3 grupos que tienen mayor incidencia de EMI.

En la EMI hay factores de riesgo para la misma y muchos de ellos están relacionados con la adolescencia como convivir en espacios cerrados (dormitorios universitarios), compartir alimentos y bebidas, el tabaquismo activo y pasivo, los besos y la intimidad, los lugares llenos de gente. Y además la escasa conciencia del riesgo que incrementa las posibilidades de contagio y así se demuestra en estudios en Universidades con el incremento de la colonización nasofaríngea de septiembre, cuando ingresan en las mismas, a noviembre.

A esto hay que sumar el mundo globalizado y los viajes internacionales que hacen que sea fácil el contacto entre adolescentes de distintos países.

Por otro lado la EMI por W e Y tiene una característica especial y es que puede empezar con clínica digestiva antes del inicio de los síntomas y signos habituales de EMI, lo que puede retrasar el diagnóstico. Igualmente los adolescentes tardan más en consultar con el profesional sanitario, por lo que el pronóstico es peor al llegar más tarde al posible tratamiento y así se demuestra con una letalidad de la EMI en la adolescencia, que es la mayor en menores de 65 años.

Vacunas antimeningocócicas hasta ahora

Vacuna antimeningocócica C

Se introdujo en el calendario español en el año 2000 con una pauta 2, 4 y 6 meses, posteriormente al demostrarse escasa persistencia de anticuerpos, se cambió a una pauta 2+1, 2, 4 y 12 meses y actualmente se realiza la pauta 1+1+1 con NeisVacC®, vacuna conjugada con proteína tetánica, en toda España, salvo en Canarias que usan Menjugate® solo a los 4 meses y fuera de ficha técnica.

La proteína tetánica ha demostrado ser más inmunógena y persistente que la proteína diftérica CRM 197.

En España, durante la temporada 2015/2016, la tasa de casos declarados de enfermedad meningocócica B fue de 0,33 casos por 100.000 habitantes

La tasa de portadores es máxima en la adolescencia pudiendo suponer un 30% en esta edad. Desde aquí la bacteria se puede transmitir a los niños pequeños, a los propios adolescentes y a la edad anciana

La EMI por W e Y tiene una característica especial y es que puede empezar con clínica digestiva antes del inicio de los síntomas y signos habituales de EMI, lo que puede retrasar el diagnóstico

Vacuna 4CMenB

La vacuna 4CMenB es la primera comercializada frente al meningococo B en España

Esta vacuna es la primera comercializada frente al meningococo B en España, saliendo al mercado en septiembre de 2015 y hasta ahora con problemas de abastecimiento de la misma. Está realizada por una técnica novedosa que es la vacunología inversa y se le supone una cobertura del 69% de las cepas de meningococo B.

La pauta varía según la edad de inicio de la misma entre 2 y 4 dosis.

Se introdujo en el calendario del Reino Unido en septiembre de 2015 con una pauta 2+1 (2, 4 y 12 meses), fuera de ficha técnica, y hasta ahora los datos de efectividad son buenos con un descenso del 50% de la EMI y una efectividad del 83% de todas las cepas y del 94% de las cepas cubiertas por la vacuna. Se está a la espera de los resultados de efectividad de la dosis de refuerzo.

Esta vacuna puede tener protección cruzada frente al serogrupo W y puede coadministrarse con las vacunas conjugadas antimeningocócicas C con CRM 197, no está aún demostrado para la proteína tetánica.

Está financiada en estas situaciones:

- Déficit de properdina o de los factores terminales del complemento, incluido el tratamiento con eculizumab.
- Personas con asplenia, esplenectomía programada o disfunción esplénica grave, incluyendo la anemia de células falciformes.
- Personal de laboratorio (técnicos y microbiólogos) que trabajen con muestras que puedan contener meningococos.
- Personas que hayan sufrido un episodio de EMI.

La AEP recomienda su inclusión en el calendario sistemático a partir de los 2 meses de edad con la pauta 2, 4 y 6 meses de edad, con un intervalo de dos semanas respecto a las vacunas del calendario vacunal financiado y la dosis de refuerzo, en el caso de los primovacunados en el primer año de vida, se administrará entre los 13 y los 15 meses, para evitar su coincidencia con la vacuna antimeningocócica C conjugada con toxoide antitetánico (NeisVac-C®).

La AEP recomienda su inclusión en el calendario sistemático a partir de los 2 meses de edad con la pauta 2, 4 y 6 meses de edad

Se puede coadministrar con otras vacunas, pero dado que la coadministración con las vacunas penta y hexavalentes y antineumocócica conjugada, en los primeros 18 meses de edad, puede incrementar la reactogenicidad (fiebre), se recomienda un intervalo de, al menos, 2 semanas entre ellas. Con esta medida, no sería necesario el uso rutinario de paracetamol profiláctico. Esta precaución comentada no es aplicable a las vacunas triple vírica y varicela, pues su periodo de posible reactogenicidad febril no coincide con el de Bexsero®, ni tampoco a la vacuna oral frente al rotavirus.

Nuevas vacunas antimeningocócicas

Vacunas antimeningocócicas ACWY

En realidad no son nuevas, pero lo que sí es nuevo es que desde septiembre de 2017 están disponibles en las farmacias comunitarias. Tenemos 2 vacunas:

- Menveo® conjugada con CRM 197 y que está autorizada en Europa para ser aplicada a partir de los 2 años de edad con una sola dosis.
- Nimenrix® conjugada con toxoide tetánico y que se puede aplicar desde las 6 semanas de edad, en cuyo caso consta de 2 dosis separadas por 2 meses con un refuerzo a partir de los 12 meses de edad, y si se aplica a partir de los 12 meses de edad solo será una dosis.

Ambas vacunas han demostrado la adquisición de altos títulos de anticuerpos bactericidas inmediatamente después de la vacunación, con una disminución paulatina durante el primer año. Los títulos de anticuerpos bactericidas se mantienen en un nivel aceptable 5 años (hay estudios a 10 años aunque no conocemos aún los resultados). Los niveles de anticuerpos alcanzados y su persistencia son tanto mayores cuanto más se avanza en la edad del individuo vacunado, lo cual implica una relación lógica entre la inmunogenicidad y la madurez del sistema inmunitario. Con las dosis de refuerzo se obtiene una potente respuesta anamnésica con ambas vacunas.

Son vacunas seguras con pocos efectos secundarios (reacciones locales, cefalea, fatiga).

- Menveo® no tiene estudios de compatibilidad con otras vacunas entre 2 y 10 años, pero sí con las vacunas del viajero y con Tdpa y VPH-4.
- Nimenrix® es compatible con las vacunas del calendario, incluyendo VPH-4 y con la anti-gripal inactivada.

Desde septiembre de 2017 están disponibles en las farmacias comunitarias

- Menveo®: se presenta en forma de vial en polvo (oligosacárido grupo A) y vial con solución que se debe mezclar con el polvo para constituir una dosis de 0,5 ml (oligosacáridos grupos C, W135 e Y). La solución reconstituida debe ser transparente o ligeramente amarilla, sin partículas extrañas. Es difícil su mezcla y extracción. La estabilidad del preparado reconstituido es de 8 horas a menos de 25°C.
- Nimenrix®: se presenta en forma de vial en polvo y jeringa precargada con una dosis de 0,5 ml. La solución reconstituida debe ser transparente e incolora. Es fácil su preparación. La estabilidad del preparado reconstituido es de 8 horas a menos de 30°C. Aunque la congelación siempre debe evitarse en las vacunas, es de los pocos preparados vacunales que se mantiene estable tras congelarse (hasta los -25°C).

En este trabajo se ha demostrado con una cobertura baja del 36%, un descenso en los casos esperados de un 69% como primer dato de efectividad de estas vacunas en Reino Unido.

Actualmente están en calendario con una dosis en Reino Unido, Canadá, Austria, Grecia e Italia y con 2 dosis en EE. UU.

En España, el Ministerio no ha legislado sobre la financiación de la misma en grupos de riesgo, aunque si hay recomendaciones en viajeros y en el personal militar.

La AEP recomienda estas vacunas de modo individual, informando de la disponibilidad de las vacunas meningocócicas tetravalentes a los padres de niños de 14 o más años que deseen ampliar en sus hijos, de forma individual, la protección frente al meningococo.

Están indicadas en las siguientes circunstancias:

- Adolescentes a partir de los 14 años (14-18) que vayan a residir en países en los que la vacuna esté indicada, como EE. UU. o Reino Unido.
- Mayores de 6 semanas de vida, en caso de viajar a países con elevada incidencia de enfermedad meningocócica invasiva (EMI) por los serogrupos incluidos en la vacuna.
- Mayores de 6 semanas de vida con factores de riesgo de EMI:
 - Asplenia anatómica o funcional.
 - Déficit de factores del complemento.
 - Tratamiento con eculizumab.
 - Episodio previo de EMI por cualquier serogrupo.
 - Contactos cercanos del caso índice de EMI por cualquiera de los serogrupos incluidos en la vacuna, en el contexto de un brote epidémico (profilaxis posexposición).

Es posible que en ciertos grupos de riesgo se deban repetir dosis de estas vacunas cada 5 años.

Actualmente se encuentra incluida en el calendario sistemático de Melilla a los 12 años de edad, en sustitución de la MenC.

Nueva vacuna antimeningocócica B

Trumenba® ha recibido la autorización de comercialización de la EMA en mayo de 2017 y la AEMPS ha autorizado su comercialización en España en enero de 2018, estando prevista su presencia en las farmacias comunitarias para marzo de 2018.

Es una vacuna que contiene dos variantes lipidadas de fHbp (Proteína de unión al factor H del complemento) (A05 y B01), una de cada subfamilia. 4CMenB contiene fHbp de la subfamilia B.

La fHbp se expresa en la membrana externa de >96% de las cepas invasoras de meningococo B.

Un estudio de más de 2150 cepas aisladas diferentes de bacterias meningocócicas invasoras del serogrupo B, recogidas entre 2000 y 2014 en 7 países europeos, Estados Unidos y Canadá, demostró que más del 91% de todas las cepas de meningococo del serogrupo B aisladas expresaban niveles suficientes de fHbp para ser susceptibles a la actividad bactericida por los anticuerpos inducidos por la vacuna.

La unión de anticuerpos generados por MenB-fHbp bloquea la unión del factor H a fHbp en la superficie del meningococo, permitiendo la opsonización mediada por complemento. Hasta entonces gracias a la unión del factor H en la superficie del meningococo con la fHbp hacía que este evadiera la acción del complemento y pudiera diseminarse.

Presenta una adecuada inmunogenicidad no solo frente A05 y B01, si no frente a otras 14 componentes de las subfamilias A y B, demostrando persistencia de anticuerpos, al menos, durante 48 meses.

En España, el Ministerio no ha legislado sobre la financiación de la misma en grupos de riesgo, aunque si hay recomendaciones en viajeros y en el personal militar

La AEP recomienda estas vacunas de modo individual

Está indicada para la inmunización activa de individuos de 10 años de edad y mayores, para prevenir la enfermedad meningocócica invasiva

Es una vacuna segura y el único efecto secundario destacable es el dolor en el lugar de la inyección.

Se ha comprobado la compatibilidad con Tdpa-VPI, Tdpa, vacuna tetravalente frente al VPH y vacuna conjugada tetravalente frente a los meningococos ACWY.

Está indicada para la inmunización activa de individuos de 10 años de edad y mayores, para prevenir la enfermedad meningocócica invasiva causada por *Neisseria meningitidis* del serogrupo B administrada por vía intramuscular exclusiva y con una pauta de dos dosis (0,5 ml) administradas con intervalo mínimo de 6 meses, indicada en personas sanas como recomiendan los CDC o una pauta de tres dosis (0,5 ml): 2 dosis, con intervalo mínimo de 1 mes, seguidas de una tercera dosis, al menos, 4 meses después de la segunda dosis en grupos de riesgo. Permite la administración de dosis de refuerzo cuando estén indicadas.

Se ha utilizado en un brote ocurrido en el College Providence de Rhode Island en EE. UU. con 2 casos, que sobrevivieron, y una tasa de ataque de 44 por 100.000 estudiantes y en el que fueron vacunados 3.525 estudiantes con una cobertura del 94%, demostrándose una seguridad buena

Parece tener protección cruzada frente a los serogrupos C, W, Y y X.

Bibliografía

1. Abad R, Medina V, Stella M, Boccadifuoco G, Comanducci M, Bambini S, et al. Predicted Strain Coverage of a New Meningococcal Multicomponent Vaccine (4CMenB) in Spain: Analysis of the Differences with Other European Countries. *PLoS One*. 2016;11:e0150721.
2. Abad R, Vázquez J. Early evidence of expanding W ST-11 CC meningococcal incidence in Spain. *J Infect*. 2016;73:296-7.
3. ACIP. Prevention and Control of Meningococcal Disease: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR*. 2013;62(RR02):1-22.
4. Baxter R, Keshavan P, Welsch JA, Han L, Smolenov I. Persistence of the immune response after MenACWY-CRM vaccination and response to a booster dose, in adolescents, children and infants. *Hum Vaccin Immunother*. 2016;12:1300-10.
5. Brady MT, Byington CL, Maldonado YA, Barnett ED, Davies HD, Edwards KM, et al. Committee on Infectious Diseases. Recommendations for Serogroup B Meningococcal Vaccine for Persons 10 Years and Older. *Pediatrics*. 2016;138 pii:e2016189.
6. Bröken M, Bukovski S, Culic D, Jacobsson S, Koliou M, Kuusi M, et al. Meningococcal serogroup Y emergence in Europe. High importance in some European regions in 2012. *Hum Vaccin Immunother*. 2014;10:1725-8.
7. Campbell H, Edelstein M, Andrews N, Borrow R, Ramsay M, Ladhani S. Emergency meningococcal ACWY vaccination program for teenagers to control group W meningococcal disease, England, 2015-2016. *Emerg Infect Dis*. 2017;23:1184-7.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Updated recommendations for use of meningococcal conjugate vaccines — Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2010. *MMWR*. 2011;60:72-6.
9. Centro Nacional de Epidemiología. Boletín epidemiológico semanal. Informe Semanal de Vigilancia 10 de octubre de 2017. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-boletines/fd-boletin-epidemiologico-semanal-red/pdf_2017/IS-171010-WEB.pdf
10. Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Meningococo. Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; oct/2016. [consultado el 05/mar/2018]. Disponible en: <http://vacunasaeop.org/documentos/manual/cap-30>
11. European Centre for Disease Prevention and Control. Invasive meningococcal disease. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2015. Stockholm: ECDC; 2017. Disponible en: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2015-meningococcal-disease.pdf
12. Gutiérrez E, Martínez E, Amillategui R, Cano R. Enfermedad meningocócica en España. Análisis de la temporada 2015-2016. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 2017;25:57-72. <http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1042/1275>
13. Moreno-Pérez D, Álvarez García FJ, Aristegui Fernández J, Cilleruelo Ortega MJ, Corretger Rautet JM, García Sánchez N, et al. Vaccination against meningococcal B disease. Public statement of the Advisory Committee on Vaccines of the Spanish Association of Paediatrics (CAV-AEP). *An Pediatr (Barc)*. 2015 Mar;82(3):198.e1-9. <http://analesdepediatria.org/es/vacunacion-frente-al-meningococo-b-/articulo/S1695403314004287/>
14. Ostergaard L, Vesikari T, Absalon J, Beeslaar J, Ward BJ, Senders S, et al. Bivalent Meningococcal B Vaccine in Adolescents and Young Adults. *N Engl J Med*. 2017;377:2349-62.
15. Parikh SR, Andrews NJ, Beebejaun K, Campbell H, Ribeiro S, Ward C, et al. Effectiveness and impact of a reduced infant schedule of 4CMenB vaccine against group B meningococcal disease in England: a national observational cohort study. *Lancet*. 2016;388:2775-82.
16. Patton ME, Stephens D, Moore K, MacNeil JR. Updated Recommendations for Use of MenB-FHbp Serogroup B Meningococcal Vaccine - Advisory Committee on Immunization Practices, -2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2017;66:509-13.
17. Soeters HM, McNamara LA, Whaley M, Wang X, Alexander-Scott N, Kanadani KV, et al. Serogroup B Meningococcal Disease Outbreak and Carriage Evaluation at a College - Rhode Island, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015;64:606-7.
18. Van Ravenhorst MB, Van Der Klis FRM, Van Rooijen DM, Sanders EAM, Berbers GAM. Adolescent meningococcal serogroup A, W and Y immune responses following immunization with quadrivalent meningococcal A, C, W and Y conjugate vaccine: Optimal age for vaccination. *Vaccine*. 2017;35:4753-60.

Dermatología de la adolescencia: Acné, tatuajes y *piercings*

J. Bernabéu Wittel. Dermatólogo. Responsable de la Unidad de Dermatología Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

El acné es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta preferentemente a adolescentes y en sus formas graves o persistentes repercute negativamente en la calidad de vida de estos⁽¹⁾.

Es la enfermedad dermatológica más frecuente y afecta a más del 80% de los adolescentes y a más del 40% de los adultos mayores de 25 años. Tiene un origen genético y causa dolor, cicatrices, pérdida de autoestima y depresión.

El interés de la comunidad científica, especialmente durante la última década, por el impacto de las enfermedades dermatológicas sobre el bienestar psicosocial de los pacientes, nos ha permitido conocer el gran impacto que enfermedades como la psoriasis, la dermatitis atópica o la alopecia tienen sobre la calidad de vida de los pacientes⁽²⁻⁷⁾. En el caso del acné, sin embargo, la cantidad de estudios analizando este aspecto de la enfermedad es comparativamente muy inferior⁽⁸⁾. Múltiples factores pueden haber contribuido a esta falta de estudios en el acné, entre ellos podríamos mencionar el hecho de que se trate de una enfermedad que, salvo raras excepciones, no supone un peligro para la vida del paciente, así como el carácter normalmente autorresolutivo de la enfermedad. Sin embargo, cabe destacar que esta enfermedad se asocia a importantes alteraciones estético-cosméticas en una edad, la pubertad y la juventud, en la que las personas se sienten especialmente vulnerables en relación a la imagen que proyectan hacia el exterior, pudiendo provocar graves sentimientos de malestar en los pacientes y condicionar sus relaciones sociales. De este modo se comprende cómo algunos estudios, utilizando cuestionarios genéricos de calidad de vida, han apuntado que el impacto del acné sobre la calidad de vida de los pacientes es equiparable a la de enfermedades crónicas como: el asma, la epilepsia o la diabetes^(8,9).

El acné presenta una distribución universal, siendo más intenso y precoz en hombres y más duradero y de inicio más tardío en mujeres. Es algo menos frecuente en pacientes de raza negra o asiática. Suele debutar en la adolescencia pero existe una forma temprana neonatal o durante la infancia.

En la ponencia abordaremos sus distintas formas de presentación, su etiopatogenia, el manejo terapéutico integral cosmético y farmacológico, su abordaje multidisciplinar, el tratamiento de las secuelas y las formas especiales asociadas a exposición laboral, a químicos o a medicamentos.

Por otra parte, cada vez es más frecuente en nuestra sociedad la realización de tatuajes y *piercings*, y es muy frecuente apreciarlos entre deportistas y modelos. En la ponencia actual ofreceremos algunos consejos de seguridad, higiene y salud, indicando cuáles deben ser los puntos clave que debe conocer toda persona que vaya a someterse a la realización de tatuajes o *piercings*. Asimismo revisaremos las posibles complicaciones y enfermedades que pueden producirse por esta práctica. Por último repasaremos 10 consejos para mantener una piel sana y cuidada de forma fácil.

El acné es una enfermedad inflamatoria crónica que repercute negativamente en la calidad de vida de los adolescentes

Es la enfermedad dermatológica más frecuente

El impacto del acné sobre la calidad de vida de los pacientes es equiparable a la de enfermedades crónicas como: el asma, la epilepsia o la diabetes

Cada vez es más frecuente en nuestra sociedad la realización de tatuajes y *piercings*

Bibliografía

1. Consenso español para establecer una clasificación y un algoritmo para el acné. López- Estebanz, JL.; Herranz-Pinto, P.; Dréno, B y el grupo de dermatólogos expertos en acné. *Actas Dermosifiliogr.* Marzo. 2017; 108 (2): 120-131.
2. Matzer F, Egger JW, Kopera D. Psychosocial stress and coping in alopecia areata: a questionnaire survey and qualitative study among 45 patients. *Acta Derm Venereol* 2011;91(3):318-27.
3. Han C, Lofland JH, Zhao N, Schenkel B. Increased prevalence of psychiatric disorders and health care-associated costs among patients with moderate-to-severe psoriasis. *J Drugs Dermatol* 2011;10(8):843-50.
4. Martínez-García E, Arias-Santiago S, Valenzuela-Salas I, Garrido-Colmenero C, García-Mellado V, Buendía-Eisman A. Quality of life in persons living with psoriasis patients. *J Am Acad Dermatol* 2014;71(2):302-7.
5. Al Robaee AA. Reliability and validity of the Arabic version of «dermatitis family impact» questionnaire in children with atopic dermatitis. *Int J Dermatol* 2010;49(9):1063-7.
6. Al Shobaili HA. The impact of childhood atopic dermatitis on the patients' family. *Pediatr Dermatol* 2010;27(6):618-23.
7. Jiráková A, Vojáčková N, Göpfertová D, Hercogová J. A comparative study of the impairment of quality of life in Czech children with atopic dermatitis of different age groups and their families. *Int J Dermatol* 2012;51(6):688-92.
8. Mallon E, Newton JN, Klassen A, Stewart-Brown SL, Ryan TJ, Finlay AJ. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using questionnaires. *Br J Dermatol* 1999;140:672-6.
9. Cresce ND, Davis SA, Huang WW, Feldman SR. The quality of life impact of acne and rosacea compared to other major medical conditions. *JDD* 2014;13(6):692-7.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. **De todas estas afirmaciones, ¿cuál es la que más se acerca a definir el acné?:**
 - a) Es una enfermedad poco frecuente.
 - b) Es un proceso que afecta a la duración de la vida.
 - c) Es una enfermedad de origen genético, causa dolor, baja autoestima, puede producir cicatrices y depresión.
 - d) Es una enfermedad aguda de fácil tratamiento.
2. **Sobre los tatuajes y piercings. ¿Cuál cree Ud. que los definen mejor?**
 - a) Son excepcionales.
 - b) Actualmente, cada vez menos frecuentes.
 - c) No tienen riesgos.
 - d) Forma parte de los valores estéticos y culturales de la adolescencia, por lo que es necesario educar para la salud respecto a los riesgos.
3. **El acné y su importancia psicosocial. De estas afirmaciones, ¿cuál cree Ud. que es falsa?**
 - a) La patología de la piel tiene cada vez más importancia psicosocial.
 - b) En el caso del adolescente, dado su desinterés por la salud, el acné no suele ser motivo de preocupación.
 - c) El culto a la imagen corporal, es la base de la preocupación social.
 - d) Cada vez se investiga más sobre la influencia de la estética en los papeles sociales tanto del adolescente como del adulto.

Transición en cardiología de las cardiopatías congénitas

B. Manso García. Sección de Cardiología Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

La reparación de las cardiopatías congénitas en la infancia permite que la mayoría los pacientes lleguen a la edad adulta. Denominamos transición al proceso planificado que ha de guiar la asistencia durante el traspaso del paciente desde el modelo de atención de la edad pediátrica al modelo asistencial de la edad adulta. La Transición tiene como finalidad preparar al paciente para afrontar y conseguir la autogestión de su salud en el contexto de una vida personal y social adulta, en la que inciden aspectos médicos, psicológicos, sociales, laborales, de ocio, sexuales y de reproducción. La consulta de transición de cardiología pediátrica y cardiopatías congénitas se caracteriza por un enfoque multidisciplinar del paciente, cuyo eje central e integrador lo constituyen los profesionales de enfermería, psicología y cardiología. Esta consulta asistirá a una población creciente de individuos, según las estimaciones demográficas, por lo que los recursos necesarios para llevarla a cabo se incrementarán proporcionalmente. En este artículo se describe el proyecto de una consulta de transición en cardiopatías congénitas, concretamente la que se aplica desde noviembre 2015 en el Hospital Virgen del Rocío.

Palabras clave: *Transición; Cardiopatías congénitas; Multidisciplinaridad.*

Abstract

The repair of congenital heart diseases in childhood allows most patients to reach adulthood. Transition is the planned process that guides the assistance during the transfer of the patient from the pediatric model of care to the adulthood assistance model. The purpose of transition is to prepare the patient to face and achieve self-management of his/her own health in the context of a personal and social adult life, where medical, psychological, social, occupational, leisure, sexual and reproductive aspects impact. Pediatric cardiology and congenital heart disease transition clinic is characterized by a multidisciplinary approach of the patient, whose central and integrating axis is constituted by nursing, psychology and cardiology professionals. This clinic will assist a growing population of individuals, according to demographic estimates, so the resources needed to carry it out will increase proportionally. This article describes the project of a transition clinic in congenital heart disease, specifically the one that has been applied since November 2015 in the Hospital Virgen del Rocío-Spain.

Key words: *Transition; Congenital heart disease; Multidisciplinary.*

Las cardiopatías congénitas se consideran la malformación congénita más frecuente

En España nacen anualmente alrededor de 3.000 niños afectados de una cardiopatía congénita moderada o grave

Introducción:

Epidemiología de las cardiopatías congénitas

Las cardiopatías congénitas (CC) son defectos estructurales del corazón, producidos por errores en la embriogénesis cardíaca, que en sus formas graves pueden manifestarse en el feto, en el periodo neonatal, o durante la edad pediátrica. Se consideran la malformación congénita más frecuente, siendo la incidencia reportada muy variable, dependiendo de la inclusión o no de defectos triviales, aunque se estima que aproximadamente 6-8 de cada 1.000 nacidos nacen con una malformación cardíaca moderada o grave⁽¹⁾. Ello significa que en España nacen anualmente alrededor de 3.000 niños afectados de una cardiopatía congénita moderada o grave⁽²⁾. Gracias a los progresos experimentados en las últimas décadas en el diagnóstico y tratamiento de las cardiopatías congénitas ha sido posible disminuir la mortalidad desde un 20% en la década de los 70 del siglo pasado, a menos de un 5% en la época actual, con lo que, en España, ya se cifran en más de 50.000 los pacientes en edad pediátrica con una cardiopatía congénita, aunque no llegan a 100.000 los menores de 18 años afectados de CC⁽²⁾.

En España, ya se cifran en más de 50.000 los pacientes en edad pediátrica con una cardiopatía congénita, aunque no llegan a 100.000 los menores de 18 años afectados de CC

Panel de Expertos

Transición en cardiología de las cardiopatías congénitas

Actualmente ya es un hecho constatado que un 90% de los nacidos con una cardiopatía congénita llega a la edad adulta

Podemos estimar para España la existencia de aproximadamente 114.000 adultos con una CC

La patología del adulto con CC, de la que se considera que entre un 40-55% de estos pacientes necesitarán especial seguimiento de por vida y un 25% especial atención en Unidades de referencia, altamente especializadas en el seguimiento médico y quirúrgico de las CC en la edad adulta

Se conoce como transición al proceso planificado que ha de guiar la asistencia durante el traspaso del paciente desde el modelo de atención de la edad pediátrica al modelo asistencial de la edad adulta

La mayoría de los pacientes con CC son intervenidos durante la edad pediátrica. Ello ha permitido disminuir la mortalidad ligada a la historia natural de la enfermedad y proporcionar a estos pacientes una buena calidad de vida desde su inicio, si bien en muchos casos, la intervención terapéutica no puede considerarse definitiva, siendo más idóneo hablar de reparación quirúrgica que de corrección quirúrgica, por lo que parece razonable afirmar que la mayoría de los enfermos con CC reparada necesitarán atención médica y/o quirúrgica durante toda su vida. Actualmente ya es un hecho constatado que un 90% de los nacidos con una cardiopatía congénita llega a la edad adulta⁽³⁾. Durante la última década varios estudios han intentado cuantificar el número actual de adultos con cardiopatía congénita y recientemente se ha publicado una revisión sistemática mostrando una tasa de prevalencia entre 1,7 y 4,5 casos por cada 1.000 adultos con una estimación media de 3.000 por millón. Por razón de este hecho, también por la traslación a nuestra población de los estudios estadísticos realizados en otros países y por el estudio realizado por la Sociedad Europea de Cardiología, podemos estimar para España la existencia de aproximadamente 114.000 adultos con una CC. Dichas cifras se incrementarán anualmente en un número de pacientes equivalente al 85% de los nacidos cada año con una CC, lo que significa un incremento de más de 2.500 pacientes/año y, en la mayoría de series estudiadas, ya se estima un cambio de la prevalencia de la enfermedad a favor de la edad adulta^(4,5). Probablemente hemos y estamos creando una nueva patología, resultante del éxito en la atención integral de las CC durante la edad pediátrica: la patología del adulto con CC, de la que se considera que entre un 40-55% de estos pacientes necesitarán especial seguimiento de por vida y un 25% especial atención en Unidades de referencia, altamente especializadas en el seguimiento médico y quirúrgico de las CC en la edad adulta^(6,7,8).

Transición: ¿qué es? ¿por qué y para qué?

Se conoce como transición (en cualquier patología crónica de inicio en edad infantil) al proceso planificado que ha de guiar la asistencia durante el traspaso del paciente desde el modelo de atención de la edad pediátrica al modelo asistencial de la edad adulta, y cuyo objetivo es satisfacer las necesidades educacionales, psicosociales, médicas y quirúrgicas que se presenten a lo largo de esta etapa.

Este proceso coincide temporalmente con la adolescencia del paciente. Definimos la adolescencia como la fase de transición entre la infancia y la edad adulta. Constituye una fase del desarrollo humano y se trata de una evolución tanto física, como psicológica, por lo que debe considerarse como un fenómeno biológico, pero también cultural y social. Entre otras muchas cosas, caracteriza este periodo la progresiva adquisición de la autonomía personal, que debe facilitar al joven la capacidad de auto-gestión de su vida y, por ende, de autogestión de su salud.

Durante la vida pediátrica los pacientes con CC son tratados y seguidos en unidades especializadas (Unidades de Cardiología Pediátrica) y su salud está gestionada fundamentalmente por los padres, con una escasa implicación por parte del paciente. Sin embargo, en la edad adulta es el propio paciente quien debe asumir la gestión de su enfermedad. Uno de los objetivos principales que el profesional debe marcarse en el proceso de transición es el diseño de una estrategia, adaptada a cada paciente en función de su grado de madurez y entorno familiar, cultural y social, que permita el progresivo traspaso de protagonismo, desde los padres hacia el paciente, en la asunción y recepción de las decisiones médicas.

Se trata de un período muy sensible puesto que en él se producen gran parte de las pérdidas de seguimiento de los pacientes con CC. Varios son los factores que pueden explicar este fenómeno, pero fundamentalmente se debe a que no existe un tejido organizativo sólido que guíe esta transición de centros pediátricos a centros de adultos.

En definitiva, se trata de no desperdiciar el esfuerzo médico, quirúrgico, tecnológico, personal, social y económico que ha hecho posible llevar a los pacientes con CC a la edad adulta, asegurando el mantenimiento de una buena atención sanitaria.

Objetivos del proyecto de transición

Implantación de una consulta externa "de transición", multidisciplinaria en el ámbito de las cardiopatías congénitas para la atención de pacientes de entre 15 - 18 años, afectados de cardiopatía congénita, con el objetivo de incluirlos en un "programa de transición", que les proporcione además de asistencia y asesoramiento médico, la maduración necesaria para hacerse responsables de su asistencia sanitaria en el futuro como adultos.

Objetivos específicos del programa de transición por profesional

Profesional Médico (Cardiología)

- No perder el seguimiento de pacientes al alta de las consultas de cardiología pediátrica cuando se alcance el final de la edad legal de seguimiento pediátrico. Con esta continuidad de la asistencia proporcionada por el “cardiólogo de transición”, se mantendrán los controles rutinarios, resolución de problemas emergentes, tratamiento de lesiones crónicas...
- Educación sanitaria: que los pacientes conozcan la fisiología cardiaca general y entiendan la variación que supone la cardiopatía concreta que cada paciente padezca y las cirugías que se hayan realizado para paliarlas. Han de saber las potenciales complicaciones que se pueden presentar en el futuro para cada cardiopatía y la estrategia terapéutica diseñada para ellos. Tienen que ser conocedores de sus tratamientos: indicaciones y posología.
- Creación de una base de datos de los pacientes pertenecientes a esta consulta para evaluar periódicamente los resultados de este tipo de asistencia.
- Creación de informes clínicos detallados para una adecuada transmisión de la información a pacientes y a otros médicos tratantes.
- Establecer una vía de comunicación fluida (teléfono, mail...) con médicos de referencia de atención primaria que también recibirán a estos pacientes por primera vez como adultos, para la resolución de dudas sobre el manejo médico ambulatorio de estos pacientes.

La implantación de una consulta externa “de transición”, con el objetivo, que les proporcione además de asistencia y asesoramiento médico, la maduración necesaria para hacerse responsables de su asistencia sanitaria en el futuro como adultos

Profesional Enfermería

- Coordinación de distintos médicos interconsultores.
- Educación para la salud: fomentar una nutrición adecuada, enseñar hábitos de vida saludables (deporte, viajes...), higiene bucal, informar de las conductas de riesgo y su repercusión...
- Introducción y conocimiento de la asistencia sanitaria en UCCA: presentación de médicos, circuitos hospitalarios (urgencias, interconsultores, extracciones...).
- Favorecer el asociacionismo de los pacientes a entidades que les puedan ofrecer soporte y con las que ellos mismos puedan colaborar para dar soporte a otros.
- Educación sexual: información sobre enfermedades de transmisión sexual.

Profesional Psicología

- Evaluación psicológica inicial: perfil individual y patrones de conducta.
- Orientación vocacional y profesional para una vida laboral de bajo riesgo y adecuada a la capacidad funcional de cada paciente y que cumpla con sus expectativas personales.
- Asesoramiento psico-emocional para afrontar y manejar cambios en el ámbito de las relaciones sociales si estas se hicieran distólicas (familia, amigos, pareja, grupo social), manejo de problemas personales que puedan poner en peligro la salud del paciente.
- Asistencia a padres de enfermos que, por discapacidad mental o física del paciente, requieran soporte extra en el proceso de transición.

Profesional Ginecología

- Educación sexual y asesoramiento reproductivo: métodos de anticoncepción adaptados a su situación hemodinámica.
- Asistencia sanitarias si complicaciones ginecológicas-obstétricas intercurrentes.

Profesional Genética

- Planificación familiar y asesoramiento reproductivo.

Cómo se lleva a cabo la consulta de transición

I) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes con edades comprendidas entre 15-18 años que proceden de la consulta externa de Cardiología Pediátrica. Se agruparán según diagnósticos en los siguientes grupos:

A.-Pacientes derivables a unidad de cardiopatías congénitas del adulto

- Portadores de cardiopatía congénita compleja.
- Subsidiario de reintervenciones cardiacas futuras (quirúrgicas o percutáneas).
- Susceptibles de complicaciones médicas (arritmias, trombosis, hipertensión pulmonar, insuficiencia cardiaca...).
- Pacientes con cardiopatía y síndromes genéticos o polimalformativos asociados.

Estos pacientes tendrán una primera visita en la consulta de transición que consistirá en 1 h de entrevista con enfermería, 1 h con psicología y 1 h con cardiología.

Según situación hemodinámica, social y emocional del paciente, asistirá a visitas sucesivas según la temporalización oportuna estimada por cada uno de los profesionales.

A la edad de 18 años, o/y si han alcanzado la madurez deseada durante el seguimiento en la consulta de transición, se les derivará a la UCCA.

B.-Pacientes derivables a la unidad de miocardiopatías familiares

- Pacientes con cardiomiopatías, antecedentes familiares de miocardiopatías, o portadores de mutaciones aún no expresadas fenotípicamente (referencia a la unidad de cardiopatías familiares de HVH).
- Pacientes con Síndrome de Marfan u otras conectivopatías, o portadores genéticos de mutaciones que lo propicien.
- Pacientes con distrofias musculares y otros desórdenes neurológicos que se acompañen de afectación miocárdica (Duchenne, Friedrich, Steinert...).

Estos pacientes tendrán una primera visita en la consulta de transición que consistirá en 1 h de entrevista con enfermería. Según ésta estime oportuno, podría ser derivado a consulta con psicología. El cardiólogo supervisará la adecuada elaboración del informe clínico para ser transferido a la unidad correspondiente.

C.-Pacientes derivables a cardiología de atención primaria

- Pacientes con malformaciones sencillas intervenidos con buena evolución: CIA, CIV, ductus cerrados.
- Pacientes con valvulopatías leves, no progresivas.
- Pacientes con shunt restrictivos sin complicaciones asociadas.
- Pacientes con antecedente de enfermedad de Kawasaki sin afectación coronárica.

Estos pacientes tendrán una primera visita en la consulta de transición que consistirá en 1 h de entrevista con enfermería. Según ésta estime oportuno, podría ser derivado a consulta con psicología. El cardiólogo supervisará la adecuada elaboración del informe clínico para ser transferido a la unidad correspondiente.

D.-Pacientes derivables a la unidad de arritmias

- Pacientes portadores de dispositivos (DAI, MCP...) sin cardiopatía estructural.
- Pacientes con canalopatías o antecedentes familiares de ellas sin cardiopatía estructural.
- Pacientes con trastornos de conducción y arritmias sin cardiopatía estructural.

Estos pacientes tendrán una primera visita en la consulta de transición que consistirá en 1 h de entrevista con enfermería. Según ésta estime oportuno, podría ser derivado a consulta con psicología. El cardiólogo supervisará la adecuada elaboración del informe clínico para ser transferido a la unidad correspondiente.

E.-Pacientes derivables a la unidad de insuficiencia cardiaca

- Pacientes con miocardiopatía dilatada adquirida: secundaria a antraciclínicos, a miocarditis, a ALCAPA(*) u otros insultos isquémicos, idiopática, metabólica.

Estos pacientes tendrán una primera visita en la consulta de transición que consistirá en 1 h de entrevista con enfermería. Según ésta estime oportuno, podría ser derivado a consulta con psicología. El cardiólogo supervisará la adecuada elaboración del informe clínico para ser transferido a la unidad correspondiente.

II) ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA CONSULTA

Por Profesional Cardiólogo

- Anamnesis, exploración, ecocardiografía y electrocardiograma para asesoramiento cardiológico.
- Evaluación de los conocimientos que tiene el paciente de fisiología cardiaca general, de su enfermedad concreta y tratamientos (elaboración del "carnet de salud").
- Explicación de cardiopatía congénita concreta que padece el paciente y descripción de las cirugías (soporte con métodos audiovisuales).
- Derivación a interconsultores según problemas médico-quirúrgicos detectados.
- Resolver dudas médicas del paciente generadas con el paso por la consulta del resto del equipo multidisciplinar.
- Elaboración de informe médico con indicaciones específicas dietéticas o deportivas a desarrollar por el profesional de enfermería.
- Crear vías de contacto telemáticas para el paciente (mail, teléfono) para resolución de dudas de carácter médico.

Por Profesional de Enfermería

- Información médica sobre cómo detectar potenciales situaciones de deterioro hemodinámico.
- Consejo nutricional: confección de dietas equilibradas.
- Consejo deportivo: tipo de deporte, intensidad, frecuencia, signos de alarma.
- Consejo sobre hábitos tóxicos: efectos del alcohol y drogas en su cardiopatía.
- Consejo para viajes.
- Consejo para conductas de riesgo: tatuajes, piercing, deportes de aventura.
- Consejos sobre salud sexual: prevención de ETS, detección de complicaciones.
- Información y contacto sobre asociaciones locales y nacionales de pacientes con cardiopatía congénita.
- Coordinación de las diferentes visitas entre interconsultores.
- Crear vías de contacto telemáticas para el paciente (mail, teléfono) para dudas de carácter no médico.

Por Profesional de Psicología

- Entrevista diagnóstica de situación psico-emocional del paciente: mecánica familiar, dependencia, responsabilidad, situación escolar, rasgos de personalidad, hábitos tóxicos.
- Técnicas de crecimiento personal, si precisa.
- Evaluación de problemas personales/sociales. Derivación a Psiquiatría, si precisa.
- Charlas orientativas vocacionales.
- Promoción de asociacionismo.

(*) La implantación de la arteria coronaria izquierda (ACI) desde el tronco de la arteria pulmonar (AP) también conocida como síndrome de Bland-White-Garland o ALCAPA (anomalous left coronary artery from the pulmonary artery) es la anomalía coronaria más frecuente.

Bibliografía

1. Hoffman JL, Kaplan S. The incidence of congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol* 2002;39:1890-900.
2. Casaldàliga J, Oliver JM, Subirana MT. Cardiopatías congénitas en la edad adulta. ¿Ficción o realidad?. *Rev Esp Cardiol*. 2009;09(Supl.E):1-2.
3. Warnes CA. The adult with congenital heart disease: born to be bad?. *J Am Coll Cardiol* 2005;46: 1-8.
4. Engelfriet P, Boersma E, Oechslin E, Tijssen J, Gatzoulis MA, Thilén U, et al. The spectrum of adult congenital heart disease in Europe: morbidity and mortality in a 5 year follow-up period. *The Euro Heart Survey on adult congenital heart disease*. *Eur Heart J* 2005;26:2325-33.
5. Marelli AJ, Mackie AS, MD, SM; Ionescu-Ittu R, Rahme E, Pilote L. Congenital Heart Disease in the General Population. Changing Prevalence and Age Distribution. *Circulation* 2007;115:163-172.
6. Wren C, O'Sullivan JJ. Survival with congenital heart disease and need for follow up in adult life. *Future demand for follow-up of adults survivors of CHD*. *Heart* 2001;85:438-43.
7. Warnes CA, Libberthson R, Danielson GK, Dore A, Harris L, Hoffman JL, et al. Task force 1: the changing profile of congenital heart disease in adult life. *J Am Coll Cardiol* 2001;37(5):1170-5.
7. Report of the British Cardiac Society Working Party. Grown-up congenital heart (GUCH) disease: current needs and provision of service for adolescents and adults with congenital heart disease in the UK. *Heart* 2002;88(supl.I):1-14.
8. Moons P, Bovijn L, Budts W, et al. Temporal Trends in Survival to Adulthood Among Patients Born With Congenital Heart Disease From 1970 to 1992 in Belgium. *Circulation* 2010;122:2264-72.

Bibliografía recomendada

- Kovacs et al. The Toronto congenital heart disease transition task force. *Progress in Pediatric cardiology*; 2012 (34): 21-26
- Meadows AK et al. Transition and transfer from pediatric to adult care of young adults with complex congenital heart disease. *Current cardiology reports*; 2009 (11): 291-297.
- Hudsmith et al. Transition of care from paediatric to adult services in cardiology. *Archives disease of children* ,2007 (92) : 927-930.
- Reid G, Irvine MJ, McCrindle B, et al. Prevalence and Correlates of Successful Transfer From Pediatric to Adult Health Care Among a Cohort of Young Adults With Complex Congenital Heart Defects. *Pediatrics* 2004; 113:197-205.
- Sable C, Foster E, Uzark K et al. Best Practices in Managing Transition to Adulthood for Adolescents With Congenital HEart Disease :The Transition Process and Medical and Psychosocial Issues. *Circulation* 2011;123:1454-85.
- Van Deyk K, Pelgrims E, RNa, Els Troost E et al. Adolescents' Understanding of Their Congenital Heart Disease on Transfer to Adult-Focused Care. *Am J Cardiol* 2010;106:1803-7.
- Goossens E, Stephani I, Hilderson D.. Transfer of Adolescents With Congenital Heart Disease From Pediatric Cardiology to Adult Health Care. An Analysis of Transfer Destinations. *J Am Coll Cardiol* 2011;57:23.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. **Sobre la prevalencia de Cardiopatías Congénitas (CC) en España, una de estas afirmaciones es falsa:**
 - a) Es la malformación infantil más frecuente.
 - b) Cerca de 3.000 niños nacen cada año con CC.
 - c) Se calcula que existen más de 50.000 niños con CC.
 - d) Con el diagnóstico prenatal se ha conseguido disminuir siendo una de la malformaciones de menor prevalencia.
 - e) La mortalidad por CC en los años 70 era del 20% y en la actualidad es del 5%.
2. **Sobre los objetivos de los programas de transición de CC, ¿cuál cree Ud. que son ciertos?:**
 - a) No perder el seguimiento de los adolescentes con CC.
 - b) Educación sanitaria aplicada a los riesgos de ser portador de una CC.
 - c) Creación de una base de datos.
 - d) Establecer una comunicación fluida con los pacientes.
 - e) Todos son objetivos a cumplir.
3. **¿Qué pacientes cree usted que no son susceptibles de ser controlados en Atención Primaria?:**
 - a) Pacientes con malformaciones sencillas intervenidos con buena evolución: CIA, CIV, ductos cerrados.
 - b) Pacientes con valvulopatías leves, no progresivas.
 - c) Pacientes con shunt restrictivos sin complicaciones asociadas.
 - d) Intervenidos de Transposición de Grandes Vasos con buena evolución.
 - e) Pacientes con antecedente de enfermedad de Kawasaki sin afectación coronaria.

Respuestas correctas en la página 78.e29

El adolescente con enfermedad crónica digestiva.

Transición de los cuidados médicos de la época pediátrica a la del adulto

B. Espín Jaime. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. UGC Pediatría. Sevilla.

Resumen

Toda enfermedad digestiva de curso crónico que debute en la edad pediátrica y que prevalezca durante la edad adulta debe ser objeto de un proceso de transición que además de cumplir las características generales implícitas a cualquier modelo de transición, debe incluir elementos diferenciales derivados de las singularidades propias del ámbito digestivo.

Existen recomendaciones en relación a aspectos diferenciales a tener en cuenta en la transición de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedad celiaca, junto a escasas indicaciones específicas sobre cómo efectuarla en pacientes con esofagitis eosinofílica.

Palabras clave: *Adolescente; Gastroenterología; Enfermedad inflamatoria intestinal; Enfermedad celiaca.*

Abstract

Any chronic gastrointestinal disease with pediatric onset that prevails during adulthood must be object of a transition process that in addition to fulfilling the general characteristics implicit in any transition model, must include differential elements derived from the own singularities of the digestive field.

There are recommendations regarding differential aspects to be taken into account in the transition of patients with inflammatory bowel disease and celiac disease, together with a few specific indications on how to perform it in patients with eosinophilic esophagitis.

Key words: *Adolescent; Gastroenterology; Inflammatory bowel disease; Celiac disease.*

Introducción

Los pacientes pediátricos afectados de una enfermedad crónica a medida que se aproximan a la adolescencia deben afrontar un proceso de adaptación relacionado con el traslado de una unidad pediátrica a una de adultos. Es un momento importante que lleva implícito una serie de cambios substanciales:

- El paso de un modelo de atención de carácter más protector y paternalista, focalizado en la familia, en el que la toma de decisiones y el cumplimiento del tratamiento se encuentran fundamentalmente a cargo de los padres, a otro más independiente, centrado en el paciente, del que se espera que sea autónomo para tomar decisiones y responsabilizarse de su tratamiento. Dicho cambio genera habitualmente muchas dudas, temores e inseguridades tanto a los pacientes como a sus familias.
- La obligación por parte del paciente de asumir la responsabilidad de conciliar la vida social, escolar y el cuidado de su salud en una etapa en la que al adolescente con frecuencia le faltan las capacidades emocionales y madurativas necesarias para aceptar y entender por completo todos los aspectos de su enfermedad así como para cumplir adecuadamente con el régimen terapéutico.
- El cambio en los profesionales médicos. Con frecuencia a lo largo del proceso diagnóstico y en los años posteriores se llega a desarrollar una fuerte dependencia emocional del niño y la familia con el equipo pediátrico - médicos, enfermeras, otros profesionales - lo que conduce a una resistencia a abandonar el ámbito asistencial pediátrico.

Los pacientes pediátricos afectados de una enfermedad crónica a medida que se aproximan a la adolescencia deben afrontar un proceso de adaptación relacionado con el traslado de una unidad pediátrica a una de adultos

Resulta de gran importancia por ello, efectuar este proceso de una forma programada, progresiva y consensuada con el paciente y la familia, tratando así de minimizar las repercusiones que dichos cambios puedan tener en la salud del adolescente

Se han demostrado mejores resultados en la EII cuando se hace la transición programada versus si se deja al paciente a su voluntad

Resulta de gran importancia por ello, efectuar este proceso de una forma programada, progresiva y consensuada con el paciente y la familia, tratando así de minimizar las repercusiones que dichos cambios puedan tener en la salud del adolescente^(1,2).

Procesos de transición de patologías digestivas

Existen pocas publicaciones sobre cómo efectuar el proceso de transición de pacientes con patologías digestivas. Hay que esperar a los últimos años para encontrar recomendaciones europeas por parte de varias Sociedades Italianas de Gastroenterología en 2015⁽³⁾ y de la Sociedad Británica de Gastroenterología en 2017⁽⁴⁾. Esta última incluye además la revisión de la evidencia publicada hasta el momento y la opinión de expertos mediante el método AGREE reconociendo como principales patologías subsidiarias de un proceso de transición programada junto a las enfermedades hepáticas crónicas, la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), la enfermedad celiaca, la esofagitis eosinofílica y los trastornos funcionales gastrointestinales complejos.

A la hora de planificar el paso a adultos, en todas ellas debemos tener en cuenta una serie de circunstancias:

1. Existen con frecuencia variaciones en cuanto al diagnóstico, pronóstico y asistencia continuada entre la presentación pediátrica y la del adulto^(4,5). Dichas diferencias son especialmente evidentes en la EII y la enfermedad celiaca. En la primera por ejemplo destaca que al debut el fenotipo es más extenso, se efectúa un mayor uso de la nutrición enteral exclusiva para el control del brote inflamatorio en los casos de enfermedad de Crohn y los procedimientos endoscópicos generalmente se llevan a cabo bajo anestesia general mientras que en la celiacía la aproximación diagnóstica es diferente, con una tendencia a efectuar menos exploraciones endoscópicas en la edad pediátrica y una mayor preocupación sobre complicaciones del orden tumoral en el adulto.
2. La transición se ha identificado como un periodo vulnerable donde existe un mayor riesgo de desatención en diferentes ámbitos de la salud que pueden tener repercusiones importantes. Así, tanto la asistencia a los controles médicos como la tasa de adherencia al tratamiento y las dietas de exclusión (en el caso de pacientes celiacos y con trastornos eosinofílicos) durante la adolescencia son más bajas que en otras edades o estadios del desarrollo previos, con el consiguiente riesgo de descompensación de su enfermedad de base y desarrollo posterior de complicaciones (en los casos de EII la necesidad de tratamiento quirúrgico aumenta y, al igual que en pacientes celiacos, hay una mayor frecuencia de anemia, disminución del potencial de crecimiento y de densidad mineral ósea)⁽⁴⁾.
3. Un objetivo importante debe ser tratar de minimizar los riesgos reseñados en el apartado anterior y en este sentido existen algunos estudios que muestran beneficios derivados de la puesta en marcha de forma planificada de un programa de transición. En 2012, Cole y colaboradores publican los datos del seguimiento de 72 pacientes diagnosticados en edad pediátrica de EII, de los que una parte fueron transferidos a servicios de adultos mediante un programa formal de transferencia y otros no, encontrando mejores tasas en los primeros en relación a la adherencia al tratamiento, el número de ingresos, la necesidad de cirugía en los dos años posteriores y la proporción de pacientes que alcanza el máximo potencial de crecimiento⁽⁶⁾.

Barreras de la transición

La percepción del proceso por parte de las personas implicadas en él es muy diferente. Por una parte el paciente y su familia muestran con frecuencia su reticencia a un cambio que incluye no solo al personal médico referente sino también en ocasiones el centro hospitalario, los controles de la enfermedad y la forma de efectuar pruebas complementarias. El adolescente puede también experimentar un sentimiento ambivalente al desear, por un lado, ser tratado en un ambiente más adecuado a sus expectativas de independencia, pero por otro lado desconfiar de un nuevo equipo que le es ajeno. Por el contrario, los padres por regla general tratan de retrasar el paso a un gastroenterólogo de adultos al que con frecuencia perciben como alguien menos implicado o sensibilizado respecto a las necesidades sociales y personales del paciente. Realizar la transición les hace enfrentarse al hecho de que van a tener menos papel protagonista en el cuidado de su hijo pues el manejo del paciente adulto se basará fundamentalmente en el consenso entre el facultativo y el paciente.

Junto a las reticencias derivadas del adolescente y su familia, la visión que del proceso de transferencia tienen los facultativos implicados en el mismo suele dificultar aún más su adecuado desarrollo. Así, en un estudio realizado en Gran Bretaña cuyo objetivo era tratar de identificar las principales barreras

existentes en un programa de transición en EII los autores pusieron de manifiesto la diferente percepción que del mismo tenían los facultativos pediátricos y los de adultos⁽⁷⁾. Mediante cuestionario postal encontraron que el desarrollo de un programa estructurado de transición era considerado como muy importante por el 80% de los pediatras, en comparación con sólo el 47% de los facultativos de adultos ($p=0.001$). Una mayor proporción de gastroenterólogos de adultos identificaba una inadecuada preparación de los adolescentes a la hora de realizar la transferencia (79% vs 42%, $p=0.001$) siendo las principales áreas de deficiencia percibidas el desconocimiento de la enfermedad y la falta de autonomía. Ambos grupos de profesionales reconocían como principales barreras para el desarrollo de un programa de transición la falta de recursos, de tiempo y de apoyo por parte de otros servicios. Por último, tanto los pediatras (62%) como los mismos gastroenterólogos de adultos (65%) reconocían una preparación subóptima en medicina del adolescente por parte de los facultativos de adultos.

Modelos de transición

En la actualidad no existe un único modelo que sea unánimemente recomendado. Existen diferentes formatos, cuya idoneidad y eficacia dependerán de la patología, los recursos y el ámbito en el que se desarrollen. Teniendo en cuenta que no deben considerarse excluyentes, los modelos más empleados son:

- Intercambio de información entre el gastroenterólogo pediátrico y el digestivo de adultos sobre el historial médico más relevante del paciente. Constituye el formato más fácil pero recomendable solo como complemento a cualquiera de los dos referidos a continuación.
- Programación de visitas conjuntas atendidas por los facultativos del área pediátrica y de adultos. El número de las mismas será variable, siendo recomendable que las primeras sean dirigidas desde el ámbito pediátrico mientras que las últimas lo sean desde el ámbito de adultos.
- Creación de una consulta específica de transición que sirve como eje central en la preparación del adolescente para el traspaso, habitualmente coordinada por personal de enfermería especializada, y en la que participan a lo largo de un periodo de tiempo, de forma integrada, el resto de personal implicado: pediatra, gastroenterólogo de adultos, nutricionista, psicólogo...

Independientemente del modelo que se adopte de transición, el solapamiento entre la atención pediátrica y la de adultos es el elemento fundamental sobre el que vertebrar todo el proceso que debe incluir además^(1,2):

1. Individualización del proceso, en base a la experiencia local, personal, los recursos, y la geografía. Las características del entorno sanitario en el que nos movamos - nivel del centro hospitalario, recursos técnicos y profesionales disponibles - condicionaran de forma determinante los aspectos organizativos de la transición.
2. Flexibilidad. Es difícil definir cuál es la edad idónea para efectuar el inicio de la transición ya que si bien la edad cronológica es un factor importante, no debe ser el único factor a tener en cuenta, considerándose que otros tales como la madurez emocional y física, puntos de vista del adolescente la visión de los padres/cuidadores, el estado de actividad de la enfermedad, la adherencia al tratamiento, el grado de autonomía en el manejo de la enfermedad, así como el entorno socio-familiar son determinantes a la hora de decidir el momento adecuado.
3. Continuidad. Es importante plantear el proceso de transición 1 ó 2 años antes de la derivación, y articularlo en 3 fases:
 - Fase I o preparatoria. Implica comenzar la educación tanto del paciente como de la familia en el proceso de transición con el objetivo de aumentar gradualmente su autonomía en el manejo de la enfermedad. Al finalizar la misma, los pacientes deberán conocer las características de su enfermedad, ser capaces de reconocer la aparición de síntomas o de las complicaciones relacionadas con la misma, así como, entender los fundamentos del tratamiento y los efectos secundarios relacionados con los fármacos prescritos. Su duración por tanto, estará muy ligada al tiempo que tardan en conseguirse estos objetivos.
 - Fase II o propiamente de transición. Debe empezar cuando se considere que el paciente está listo para ser remitido a adultos, ha alcanzado la independencia en el manejo de su enfermedad y/o ha alcanzado la madurez generalmente dentro del rango de edad entre los 16 y 20 años. Dependiendo de la enfermedad específica y de la gravedad de ésta, el momento de transición se puede alargar, ya que no es recomendable realizar la derivación cuando el paciente está inestable o en una fase aguda de la enfermedad.

Existen diferentes formatos, cuya idoneidad y eficacia dependerán de la patología, los recursos y el ámbito en el que se desarrollen

Es difícil señalar la edad óptima de hacer la transición

Panel de Expertos

El adolescente con enfermedad crónica digestiva. Transición de los cuidados médicos de la época pediátrica a la del adulto

Dado el conocimiento que tienen los adolescentes de las nuevas tecnologías, es imprescindible usarlas en el control y educación para la salud

- Fase III o post-transición. El traspaso es completo aunque el pediatra debe permanecer disponible para posibles revisiones y la discusión de aspectos del caso.
4. El papel crucial de un coordinador de transición designado para supervisar el proceso es un tema recurrente en la literatura y como ya se ha comentado, suele calificarse como el componente clave del programa permitiendo el solapamiento entre la atención pediátrica y la del adulto.
 5. Herramientas que permitan la preparación y evaluación para la transferencia (programas de educación específicos, implicación de asistentes sociales y/o psicólogos, grupos de apoyo, textos informativos, listas de verificación de habilidades, consultas conjuntas y/o multidisciplinarias), cuyo empleo dependerá en gran medida de las características y recursos del centro y que van encaminadas fundamentalmente a potenciar:
 - El conocimiento de la enfermedad por parte del adolescente.
 - La identificación de áreas de debilidad que requieran mayor soporte durante el programa de transición.
 - La obtención de habilidades del paciente en el manejo de su enfermedad.

Las tecnologías móviles y de la web han pasado a ser en la actualidad esenciales en la forma de comunicación entre adolescentes, por lo que su incorporación en la transición ofrece ventajas como más rapidez en la comunicación sobre su estado de salud, mejor y más fácil acceso a citas y enlaces a textos de interés relacionados con su enfermedad, todo ello a bajo coste y con la capacidad para superar la mayoría de las barreras geográficas.

6. Abordaje de temas que ocasionan gran preocupación en el adolescente: el propio proceso de transición, la repercusión que en su imagen corporal tienen tratamientos o la propia enfermedad, el acceso a drogas, alcohol y tabaco así como las complicaciones derivadas de su consumo, la afectación en la calidad de vida y en la esfera emocional, preguntas sobre el área sexual y la posible repercusión que la patología puede tener en su futura descendencia, etc...
7. Control mediante auditorías que deben ser regulares para localizar debilidades y facilitar mejoras e incluir la evaluación de un número de pacientes que acceden al programa, el impacto del mismo y el grado de satisfacción del paciente. La tasa de ingresos, el uso de los servicios de soporte, asistencia a las revisiones, uso de esteroides, adherencia a la medicación, satisfacción del paciente... pueden ser potenciales medidas a considerar para valorar el impacto.

Aspectos específicos de los procesos de transición en Gastroenterología

Fuera de las recomendaciones genéricas establecidas para todo proceso de transición, existen pocas que sean específicas sobre las patologías dentro del área de la Gastroenterología:

EII

Son especialmente reseñables las recomendaciones publicadas en 2002 por la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (NASPGHAN)⁽⁸⁾, los objetivos deseables a alcanzar en base a la edad postulados por Hait y cols en 2006⁽⁹⁾ y las guías clínicas sobre transición en EII, también norteamericanas, publicadas en 2011⁽¹⁰⁾. (TABLAS I y II)

Todos ellos hacen especial hincapié en la implicación de los profesionales en el proceso, la planificación del mismo y la necesidad de enfatizar sus beneficios. Asimismo, resaltan que debe transmitirse la necesidad de un seguimiento por un facultativo experto en una serie de problemas relacionados con la EII que normalmente no son tratados por pediatras como fertilidad, vida sexual, embarazo y prevención del cáncer colorrectal, así como de otros problemas de salud habituales en la edad adulta no relacionados directamente con la enfermedad.

Enfermedad celiaca

Las recomendaciones en cuanto a las características específicas del proceso de transición en el paciente celiaco se resumen en un documento de consenso publicado en 2016 realizado por un grupo de 17 expertos de 10 países (Suecia, Italia, Alemania, Noruega, Dinamarca, Holanda, Gran Bretaña,

Es necesario tratar temas como fertilidad, vida sexual, embarazo y prevención del cáncer colorrectal

Estados Unidos, Australia e Israel) y 2 representantes de organizaciones de pacientes (Asociación de Sociedades Europeas de Celiaquía y la Fundación de Enfermedad Celiaca de Estados Unidos)⁽¹¹⁾.

En él se resaltan aspectos especialmente importantes que siempre deben plantearse ante un adolescente celiaco y que se resumen en:

- Ofrecer información al paciente y su familia en relación a las consecuencias que puede tener la realización incorrecta de la dieta en la salud ósea, la fertilidad y el desarrollo de complicaciones tumorales (Tabla III).
- Valoración de la necesidad de efectuar una densitometría ósea antes de efectuar el paso a una unidad de adultos en los casos de mala adherencia a la dieta de exclusión y en aquellos en los que se hayan constatado alteraciones en la densidad mineral ósea previamente.
- De forma consensuada establecer qué medidas son necesarias en el seguimiento y si es necesario efectuar exploraciones endoscópicas. Se debe considerar la realización de una gastroscopia previa a la transición en 4 supuestos: dudas en el diagnóstico, mala adherencia a la dieta, deseo de conocer el estado histológico de la mucosa intestinal y presencia de síntomas que sugieran una enfermedad celiaca activa u otra patología.

Esofagitis eosinofílica

No se han publicado recomendaciones específicas en la esofagitis eosinofílica más allá de un programa diseñado para la transición de estos pacientes en un centro norteamericano y en el que se resaltan como elementos específicos importantes la necesidad de implicar en el proceso a alergólogos, endoscopistas y dietistas junto a la insistencia en mantener una adecuada adherencia a las medidas terapéuticas ⁽¹²⁾.

Tablas y figuras

Tabla I. Lista de objetivos a conseguir por parte del paciente afecto de EII y los facultativos que lo atienden

| Edad | Paciente | Equipo médico |
|------------|---|--|
| 11-13 años | <ul style="list-style-type: none"> • Tiene conocimientos sobre su patología • Identifica sus tratamientos, las dosis y los efectos adversos • Capacidad de utilizar un termómetro • Puede referir el impacto de la enfermedad sobre su vida diaria | <ul style="list-style-type: none"> • Introduce la idea de futuras vistas independientes • Mantiene a los padres en la sala de espera durante parte de la visita |
| 14-16 años | <ul style="list-style-type: none"> • Identifica al equipo médico • Conoce los nombres y objetivos de las pruebas y análisis realizados • Conoce su historia clínica • Conoce grupos sociales de apoyo a la EII • Comprende los riesgos de no cumplir los tratamientos • Comprende el impacto de determinadas drogas y alcohol sobre su enfermedad | <ul style="list-style-type: none"> • Explora la actitud de los padres acerca de la toma de protagonismo por parte del paciente • Determina cuando el paciente quiere que sus padres estén o no en la habitación • Inicia el debate sobre una eventual transición • Dirige todas las preguntas y las exploraciones al paciente • Instruye al paciente sobre los nombres de la medicación y las dosis • Instruye al paciente acerca de cómo contactar personalmente con el equipo médico para consultas o para citas |
| 17-19 años | <ul style="list-style-type: none"> • Es capaz de buscar información acerca de su enfermedad • Demuestra capacidad de fijar visitas médicas y de contactar con el equipo médico • Puede hacerse cargo de los documentos, informes, peticiones... | <ul style="list-style-type: none"> • Introduce el tema de posibles barreras a la transferencia • Identifica posibles gastroenterólogos de adultos a los que realizar dicha transferencia • Estimula al paciente a reunirse y entrevistarse con el facultativo de adultos • Recuerda al paciente y a su familia que a partir de los 18 años el paciente tiene el derecho a hacer sus propias elecciones en lo referente a la salud |
| 20-23 años | <ul style="list-style-type: none"> • Ha tenido contacto telefónico con su gastroenterólogo de adultos • Se fija una visita inicial con su gastroenterólogo en situación de estabilidad de su enfermedad | <ul style="list-style-type: none"> • Provee al paciente de los informes médicos adecuados • Transfiere dichos informes también al facultativo encargado finalmente del seguimiento posterior |

Modificado de Haitet al⁽⁹⁾.

Tabla II. Recomendaciones en el proceso de transición de la EII dirigidas a los facultativos

| Recomendaciones para el gastroenterólogo pediátrico: |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Concienciación de que la transición es un proceso dinámico que debería comenzar ya en el momento del diagnóstico. • Preguntar al paciente y a su familia las expectativas que tienen del proceso de transición. • Aportar al paciente información sobre la enfermedad y el plan de tratamiento, tanto de forma oral como de forma escrita. • Dar la oportunidad al paciente, cuando se considere oportuno según el grado de madurez, de ser visitados en solitario, al menos durante una parte de la consulta. • Crear un plan escrito de transición de manera conjunta con el paciente y su familia, revisable de manera anual. • Remarcar las diferencias entre los cuidados pediátricos y de los del adulto en el momento en que surgen las situaciones. |
| Recomendaciones para el gastroenterólogo de adultos: |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tener en cuenta que el paciente pediátrico que acude a un servicio de adultos por primera vez puede no ser consciente de las diferencias entre ambos sistemas. • Colaborar con el gastroenterólogo pediátrico con anterioridad al momento de la transferencia (mediante la participación en las consultas de transición, sesiones clínicas informativas...). • Anticiparse a las preguntas de los pacientes sobre la EII, los planes de tratamiento y su impacto sobre la imagen corporal, la salud sexual, ... • Educar al paciente en el conocimiento del sistema de salud del adulto. • Contemplar una posible mayor duración de las visitas en los primeros momentos del proceso. • Aceptar que la posibilidad de que los padres del paciente puedan querer continuar teniendo un papel importante en el cuidado de su hijo y asumir que el paciente inicialmente no pueda revisar la historia clínica sin su ayuda. Pese a que el objetivo es que el paciente alcance la autonomía y la responsabilidad, hay que tener en cuenta que el proceso puede ser gradual. |

Modificado de Leung et al⁽¹⁰⁾.

Tabla III. Objetivos específicos y temas a debatir en la transición de pacientes con enfermedad celiaca

| Objetivos a alcanzar durante la transición en la enfermedad celiaca |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> — Fomentar la maduración en las habilidades de comunicación y en la toma de decisiones. — Permitir que el paciente asuma la responsabilidad de la autogestión médica. — Educación y asesoramiento del adolescente para realizar una dieta sin gluten y las consecuencias de la falta de adherencia. — Reconocimiento y tratamiento de problemas psicológicos: desaliento, sentirse abrumado, ansiedad sobre el futuro, y complicaciones como depresión y trastornos de la alimentación. — Mostrar a los pacientes como familiarizarse con el sistema de atención médica, incluidos los cambios ambientales cuando se conviertan legalmente en adultos. — Aumentar el conocimiento sobre la enfermedad y sus complicaciones potenciales. — Ayudar al adolescente a desarrollar buenos hábitos de salud y habilidades que fomenten la autonomía. — Abordar las ansiedades o preguntas de la familia. |
| Temas a plantear durante la transición en la enfermedad celiaca |
| <ul style="list-style-type: none"> — Educación sobre el riesgo de desarrollar complicaciones a pesar de estar asintomático. — Plan de atención preventiva para aumentar la salud de los adolescentes incluso por factores no relacionados con la celiaquía como el tabaquismo, el abuso de alcohol y drogas y la importancia del ejercicio físico. — Monitorización necesaria con controles médicos y de laboratorio. — Asignar tiempo y espacio para discutir con expertos sobre aspectos psicológicos ya que la enfermedad celiaca puede influir en la autoestima y autoimagen e interferir en la educación, trabajo y vida social. — Sexualidad y fertilidad. La adherencia dietética es especialmente importante antes de la concepción y durante el embarazo ya que las mujeres con enfermedad celiaca no tratadas son más propensas a sufrir complicaciones durante el embarazo. — La dieta exenta de gluten. |

Modificado de Ludvigsson et al⁽¹¹⁾.

Bibliografía

1. Cooley WC, Sagerman PJ, Barr MS, Ciccarelli M, et al. American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians and American College of Physicians, Transitions Clinical Report Authoring Group. Clinical Report—Supporting the Health Care Transition From Adolescence to Adulthood in the Medical Home. *Pediatrics* 2011;128:182–200.
2. Nagra A, McGinnity PM, Davis N, Salmon AP. Implementing transition: Ready Steady Go. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2015; 100: 313–320.
3. Elli L, Maieron R, Martelossi S, Guariso G, Buscarini E et al. Transition of gastroenterological patients from paediatric to adult care: a position statement by the Italian Societies of Gastroenterology. *Dig Liver Dis* 2015; 47(9): 734–40.
4. Brooks AJ, Smith PJ, Cohen R, Collins P, Douuds A, Forbes V et al. UK guideline on transition of adolescent and young persons with chronic digestive diseases from paediatric to adult care. *Gut* 2017; 66: 988–1000.
5. Martin de Carpi J. Transición a los cuidados del adulto. *Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día* 2012; 11(187-195)
6. Cole R, Ashok D, Razack A, et al. Evaluation of outcomes in adolescent inflammatory bowel disease patients following transfer from pediatric to adult health care services: case for transition. *J Adolesc Health* 2015; 57: 212–17.
7. Sebastian S, Jenkins H, McCartney S, et al. The requirements and barriers to successful transition of adolescents with inflammatory bowel disease: differing perceptions from a survey of adult and paediatric gastroenterologists. *J Crohns Colitis* 2012;6:830–44.
8. Baldassano R, Ferry G, Griffiths A, Mack D, Markowitz J, Winter H. Transition of the patient with Inflammatory Bowel Disease from pediatric to adult care: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002; 34: 245–8.
9. Hait E, Arnold JH, Fishman LN. Educate, communicate, anticipate. Practical recommendations for transitioning adolescents with IBD to adult health care. *Inflamm Bowel Dis* 2006;12:70–3.
10. Leung Y, Heyman MB, Mahadevan U. Transitioning the adolescent inflammatory bowel disease patient: guidelines for the adult and pediatric gastroenterologist. *Inflamm Bowel Dis* 2011; 17: 2169–73.
11. Ludvigsson JF, Agreus L, Ciacci C, et al. Transition from childhood to adulthood in coeliac disease: the Prague consensus report. *Gut* 2016;65:1242–51.
12. Dellon ES, Jones PD, Martin NB, et al. Health-care transition from pediatric to adult-focused gastroenterology in patients with eosinophilic esophagitis. *Dis Esophagus* 2013; 26: 7–13.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. **¿Cuáles son los obstáculos más frecuentes en la transición de patología digestiva crónica de pediatría a adultos?:**
 - a) La reticencia de los pacientes y familiares al cambio de consulta, hospital y equipo profesional.
 - b) La desconfianza y ambivalencia del propio adolescente entre sus deseos de independencia y desconfianza.
 - c) El deseo de los padres a retrasar esta transición.
 - d) Todas son ciertas.
2. **Sobre la aplicación de las nuevas tecnologías en la transición de patología digestiva crónica de pediatría a adultos, ¿cuál es la afirmación falsa?:**
 - a) Es una herramienta útil para informar, educar y prevenir.
 - b) No es recomendable su uso dado el alto riesgo de abuso y dependencia de su uso.
 - c) Se pueden usar para comunicarse con su centro de control.
 - d) Es una forma barata y de alta eficiencia clínica.
3. **Sobre las recomendaciones internacionales de expertos en enfermedad celíaca, ¿cuál no es cierta?:**
 - a) Es necesario mantener la adherencia al tratamiento de dieta sin gluten para la buena evolución.
 - b) Realizar antes de hacer la transición a adultos una densitometría ósea, en aquellos casos de mala adherencia al tratamiento y que tengan constancia de alteraciones en la densidad mineral ósea.
 - c) Informar sobre la relación con la fertilidad.
 - d) En casos de buena evolución, no es necesario mantener una dieta sin gluten.

El TDAH y su comorbilidad

A. Hervás Zúñiga. MD, MRCPsych, PhD. Psiquiatra. Hospital Universitario Mutua Terrassa. Directora de IGAIN, Barcelona.

Resumen

El trastorno por déficit de atención hiperactividad (TDAH) con frecuencia se asocia a otros trastornos del neurodesarrollo o/y trastornos psiquiátricos. La comorbilidad es la principal causa de severidad en la presentación clínica, así como dificultades de adaptación funcional y continuidad de psicopatología en la edad adulta. Es necesario una evaluación y diagnóstico detallado tanto del TDAH como de la comorbilidad asociada y un planteamiento terapéutico, que en muchos casos incluye tratamiento farmacológico, psicológico, educacional y apoyo psicosocial.

Palabras clave: TDAH; Comorbilidad; Neurodesarrollo.

Abstract

Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) is often associated with other neurodevelopmental disorders and /or psychiatric disorders. Comorbidity is the main cause of severity in the clinical presentation, as well as difficulties in functional adaptation and continuity of psychopathology in adulthood. A detailed assessment and diagnosis of both ADHD and associated comorbidity and a therapeutic approach is necessary, which in many cases includes pharmacological, psychological, educational and psychosocial support.

Key words: ADHD; Comorbidity; Neurodevelopment.

Introducción

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que presenta alteraciones en la atención, actividad e impulsividad, comienza en la primera infancia, mejora con la edad y en algunos casos persiste a lo largo de la vida. Las alteraciones en la esfera de la hiperactividad-impulsividad se relacionan con dificultades en la inhibición verbal y motora, decisiones impulsivas sin poder retrasar la gratificación ni considerar las consecuencias futuras, excesivo movimiento o habla irrelevante e impulsividad emocional. En el área atencional presentan poca persistencia en las tareas, dificultades en memoria de trabajo, no pueden resistirse a las distracciones y les cuesta reengancharse cuando se les interrumpe.

El DSM5 ha cambiado los criterios de acuerdo a la edad; en mayores de 17 años, son solo necesarios 5 síntomas a diferencia de aquellos menores de 17 años, que requieren 6 síntomas para realizar un diagnóstico. Los síntomas tienen que estar presentes en más de un entorno, deben persistir más de 6 meses, presentarse antes de los 12 años y ser inconsistentes con lo esperado por el nivel de desarrollo del adolescente e impedir su funcionamiento. La base neuropsicológica del TDAH se relaciona principalmente con alteraciones en las funciones ejecutivas. La función ejecutiva regula actividades mayores de nuestra vida: 1) autodisciplina y capacidad de inhibición 2) autogestión del tiempo 3) auto organización y capacidad de resolver problemas 4) automotivación y 5) auto activación y concentración. Los síntomas de hiperactividad e impulsividad se relacionan con alteraciones de la inhibición motora, verbal, cognitiva y emocional y los síntomas de inatención con alteraciones en la meta cognición de la función ejecutiva que comprende alteraciones en la memoria de trabajo verbal y no verbal, dificultades en la planificación y resolución de problemas.

Podemos decir que el TDAH no es un problema de habilidades, es una dificultad de hacer lo que se sabe, no de saber lo que hay que hacer. Es un problema del cuando y donde hay que hacer las cosas y no tanto del cómo o del qué y de utilizar el conocimiento del pasado para aplicarlo en el presente.

Los circuitos cerebrales implicados en el TDAH son el sistema atencional anterior, ricos en dopamina y el sistema atencional posterior con preferencia por la noradrenalina, que mejora la relación señal-ruido de las células diana al inhibir la descarga de las neuronas basales. La alteración del neurodesarrollo cerebral en el TDAH se relaciona con un retraso madurativo alrededor de 5 años, con una disminución

El DSM5 ha cambiado los criterios de acuerdo a la edad; en mayores de 17 años, son solo necesarios 5 síntomas a diferencia de aquellos menores de 17 años, que requieren 6 síntomas para realizar un diagnóstico

del volumen total cerebral hasta de un 3,2%, especialmente en las áreas implicadas en el TDAH como es el córtex pre frontal y lóbulo temporal superior y medio.

La prevalencia del TDAH es alta, oscila entre el 5-7%, más frecuente en los niños que en las niñas, con un ratio de 3/1 en estudios poblacionales pero con un ratio mucho mayor en estudios clínicos por una infra detección del TDAH en niñas. En la edad adulta el ratio es igual para ambos géneros y en estudios de prisiones, el TDAH es más frecuente en mujeres. Actualmente existe un debate sobre la existencia del TDAH con inicio en la adolescencia o edad adulta sin historia previa ya que algunos autores han encontrado que hasta un 90% de los casos de TDAH en edad adulta no tenían historia previa en infancia (Moffit et al 2015) mientras que otros autores están en desacuerdo con el TDAH de inicio en edad adulta, proponiendo que en estos casos existen síntomas sutiles en la infancia que pasaron no detectados ni diagnosticados y es en la edad adulta con una mayor exigencia organizativa, cuando los síntomas de TDAH causan interferencia funcional y se diagnostica. En general los estudios demuestran que un 63% de los chicos con TDAH continúan en la edad adulta con síntomas de una manera que cumplen todos o de manera parcial los criterios diagnósticos y en el caso de las chicas en un 24,6%. La persistencia es más frecuente en aquellos que presentan un mayor número de síntomas diagnósticos y en aquellos asociados a comorbilidad en la infancia.

Existe una base genética para el TDAH, esta incrementado en familiares de primer grado y se han implicado genes relacionados con el metabolismo de la dopamina, serotonina, y noradrenalina. Factores ambientales y epigenéticos permanecen mayormente desconocidos pero alteraciones perinatales y prematuridad, exposición prenatal al tabaco y otros tóxicos son factores que se han encontrado podrían alterar la expresión génica (Tabla I).

Comorbilidad del TDAH

La comorbilidad, entendida como la asociación del TDAH con otras entidades del neurodesarrollo o problemas psiquiátricos, es la norma más que la excepción. Se asocia a una mayor severidad sintomatológica, peor funcionamiento psicosocial y peor pronóstico.

La comorbilidad se refiere a la combinación de dos o más condiciones nosológicas simultáneas, que se considera en el TDAH la norma más que la excepción. Se asocia a un incremento de severidad, peor funcionamiento psicosocial y pronóstico. Los chicos con TDAH, un 67% se asocia a uno o más trastornos psiquiátricos o del neurodesarrollo comparado con un 11% de los chicos sin TDAH. Un 33% presentan un único trastorno, 16% dos y 18% tres o más.

Las complicaciones de vivir con las dificultades asociadas al TDAH incrementan con la edad, especialmente si no es reconocido y tratado. Un hijo impulsivo, movido, impaciente y con problemas de autocontrol emocional, con rabietas y difícil de llevar, puede causar una importante perturbación familiar y crear dificultades en las relaciones familiares. Si los padres no entienden que las dificultades que presenta su hijo se deben a problemas de autocontrol y no a una mala conducta, pueden ejercer métodos disciplinarios negativos que pueden provocar un empeoramiento de conducta en el adolescente y problemas emocionales asociados. Lo mismo ocurre si las dificultades atencionales y de función ejecutiva presentes en el chico con TDAH no son identificados y se atribuyen a una falta de motivación e interés por los estudios, vaguedad en su responsabilidad, empeorando su autoestima y provocando aún más deterioro en los estudios y relaciones escolares y familiares. En la adolescencia, las demandas escolares y sociales incrementan y es cuando las comorbilidades emocionales y conductuales más graves aparecen. Al fracaso escolar en aquellos no tratados adecuadamente, se añaden los problemas familiares y sociales que pueden precipitar problemas emocionales, depresión, ansiedad, riesgo de consumo de tóxicos y amistades con problemas.

Comorbilidad con otros trastornos del neurodesarrollo

Los trastornos del neurodesarrollo, se asocian frecuentemente entre ellos por lo cual en la primera infancia el TDAH coexiste con trastornos de lenguaje, aprendizaje, TEA (trastorno del espectro autista) y trastornos por tics. En la adolescencia, los síntomas de los trastornos del neurodesarrollo pueden ser sutiles, enmascarando la comorbilidad pero no la incapacidad funcional asociada.

En los primeros años de la vida, es frecuente que el TDAH se asocie a otros problemas evolutivos como es la coexistencia con un trastorno de lenguaje o con un TEA. Alrededor de un 37% de los casos de TEA se asocian a TDAH. En un 13% de los casos de discapacidad intelectual presentan un TDAH asociado. En un 40% de los casos, el TDAH va asociado a trastornos del aprendizaje, problemas en el área de lectoescritura y en un 47% a alteraciones motoras.

La comorbilidad, entendida como la asociación del TDAH con otras entidades del neurodesarrollo o problemas psiquiátricos, es la norma más que la excepción. Se asocia a una mayor severidad sintomatológica, peor funcionamiento psicosocial y peor pronóstico

En la adolescencia, los síntomas de los trastornos del neurodesarrollo pueden ser sutiles, enmascarando la comorbilidad pero no la incapacidad funcional asociada

El diagnóstico diferencial del TDAH, en especial el que presenta exclusivamente síntomas de inatención y un tiempo cognitivo lento, se confunde con discapacidad intelectual

El TDAH no es un problema de habilidad cognitiva sino de demostrar su conocimiento

En los casos en que los síntomas de TDAH son severos e incapacitantes, el tratamiento farmacológico con estimulantes (metilfenidato o lisdesanfetamina) o agonistas alfa adrenérgicos como la guanfacina, están indicados

El trastorno del lenguaje es una comorbilidad del TDAH presente en la infancia y que en general persiste solo en casos muy graves en la edad adolescente

El TDAH asociado a tics -T. de Tourette-, es frecuente y se asocia a comorbilidades múltiples entre los que se encuentran los trastornos emocionales, T. obsesivo-compulsivo, problemas conductuales y agresivos

TDAH y discapacidad intelectual

El diagnóstico diferencial del TDAH, en especial el que presenta exclusivamente síntomas de inatención y un tiempo cognitivo lento, se confunde con discapacidad intelectual. El TDAH puede presentarse en adolescentes con discapacidad intelectual, pero esta asociación ha sido muy poco estudiada ya que se han excluido aquellos niños-adolescentes con CI menor de 80 de prácticamente todos los estudios del TDAH.

El niño con TDAH puede confundirse con un niño con discapacidad intelectual, en especial aquellos que son inatentos, no presentan hiperactividad –impulsividad y tienen un tiempo de procesamiento lento. En todos los casos el TDAH se acompaña con un rendimiento escolar muy por debajo de sus habilidades cognitivas. El TDAH no es un problema de habilidad cognitiva sino de demostrar su conocimiento. El niño con TDAH puede presentar buenas habilidades funcionales en actividades que no requieran mucha concentración y en su autonomía, razonamiento abstracto, cognición social y empatía. Por el contrario el niño con discapacidad intelectual presentara un retraso evolutivo en todo su desarrollo, de manera global, no solo en el aprendizaje. La asociación del TDAH y discapacidad intelectual, es mayormente desconocida, ya que se han excluido de casi la totalidad de los estudios, chicos con capacidad intelectual menor de 80, pero problemas de inhibición conductual y verbal. En personas con discapacidad intelectual se asocia a problemas de conducta, agresividad y un empeoramiento importante en las habilidades funcionales de autonomía. En todos los casos en que el TDAH se asocia a severos problemas de aprendizaje, en especial si se asocia a otros problemas evolutivos con retraso en la aparición de lenguaje, hitos motores y de control de esfínteres, es esencial realizar pruebas de evaluación de la capacidad intelectual. En el tratamiento es importante ajustar las exigencias académicas a la capacidad del niño, realizando evaluaciones psicopedagógicas y adaptaciones curriculares. En los casos en que los síntomas de TDAH son severos e incapacitantes, el tratamiento farmacológico con estimulantes (metilfenidato o lisdesanfetamina) o agonistas alfa adrenérgicos como la guanfacina, están indicados.

TDAH y trastorno de lenguaje

Es una comorbilidad del TDAH presente en la infancia y que en general persiste solo en casos muy graves en la edad adolescente.

El trastorno de lenguaje puede asociarse a niños que comienzan a hablar más tarde de lo normal, es decir palabras funcionales más tarde de los 24 meses y frases con 3 palabras incluyendo un verbo, más tarde de los 36 meses. En general son niños que presentan un lenguaje cualitativamente normal pero más inmaduro en su complejidad y estructura gramatical, permaneciendo la comprensión del lenguaje más conservada. Las dificultades de concentración pueden entorpecer la estructuración y desarrollo del lenguaje. En general son niños que compensan sus dificultades comunicativas con gestos y con el contexto y, por lo tanto no están severamente afectadas las habilidades comunicativas, aspecto que les diferencia de aquellos casos en los que el TDAH se acompaña de TEA y de un trastorno de lenguaje, afectada la comunicación verbal, no verbal y limitando severamente las habilidades comunicativas y la comprensión verbal.

Entre los instrumentos generales de evaluación del lenguaje oral se incluyen:

- Peabody: evalúa lenguaje sintáctico.
- PLON- R (Prueba de Lenguaje Oral de Navarra). Sirve para la detección rápida del desarrollo del lenguaje oral. Edad de aplicación: 3 a 6 años.
- BLOC (Batería de Lenguaje Objetiva y Criterio). Evalúa 4 componentes básicos del lenguaje: morfología, sintaxis, semántica y pragmática. No mide fonología. Edad de aplicación: de 5 a 14 años.
- ITPA (Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas). Evalúa las funciones psicolingüísticas implicadas en el proceso de comunicación. Edad de aplicación: de 2,5 a 10,5 años.

En el caso de que el TDAH se asocie a un trastorno de lenguaje, es necesario combinar el tratamiento del TDAH con terapia específica para los problemas de lenguaje y comunicación.

TDAH y trastorno de tics - Trastorno de la Tourette

El TDAH asociado a tics -T. de Tourette-, es frecuente y se asocia a comorbilidades múltiples entre los que se encuentran los trastornos emocionales, T. obsesivo-compulsivo, problemas conductuales y agresivos.

Alrededor del 55% de los casos de TDAH se asocian a un trastorno por tics. En la asociación del TDAH con tics, en un 50% de los casos aparece primero la sintomatología del TDHA y es alrededor de los 7 años cuando aparecen los primeros tics. Patrones de rigidez, meticulosidad y orden son frecuentes

en esta comorbilidad, por lo demás poco frecuentes en niños con TDAH. Los tics aparece on-off y la presencia de coprolalia, ecopraxia o ecolalia, debería sugerir la exploración de tics en el pasado o bien historia familiar de tics o Tourette. En esta comorbilidad, según avanza la edad, pueden aparecer otras comorbilidades asociadas, pudiendo empeorar de una manera determinante las habilidades funcionales y la capacidad de adaptación. En un 50% de los casos, aparece sintomatología obsesiva-compulsiva, generalmente a partir de los 11 años y en un 25% aparecen conductas agresivas, trastorno de ansiedad, entre otras comorbilidades. Para la evaluación de esta comorbilidad se utilizan escalas como la "Tourette síndrome escala de severidad" (TSSS) (Shapiro et al 1988) y la "Vocal Toc severity" (Walkup et al 1992). Respecto al tratamiento del TDAH asociado a T. de tics - Tourette, debe comenzarse el tratamiento farmacológico con estimulantes con precaución, ya que en 1/3 de los casos puede ocurrir un empeoramiento de los tics. En caso de no respuesta o empeoramiento de los tics, está recomendada la atomoxetina igualmente cuando el TDAH se asocia a trastornos de ansiedad. Se recomienda la guanfacina cuando el TDAH se asocia a severa hiperactividad e impulsividad, labilidad emocional y problemas conductuales. Los antipsicóticos atípicos pueden utilizarse cuando los tics son severos, incapacitantes y no se han podido controlar con las medicaciones recomendadas para TDAH. Debe combinarse el tratamiento farmacológico, en caso de utilizarlo, con psicoeducación, intervención psicosocial y terapia de "hábito reversal".

TDAH y trastorno de aprendizaje

El TDAH se asocia a dificultades de aprendizaje que son severas cuando va comorbido con T. de aprendizaje. Cuando el TDAH se asocia a dislexia, se comprometen todos los aspectos de la lectura, incluyendo la comprensión lectora.

La disgrafía causa problemas en la expresión escrita independiente de la habilidad de leer. Los niños-adolescentes con este problema, suelen tener dificultades con el deletreo, composición gramatical y la exposición de sus pensamientos en papel. Pueden necesitar hablar mientras escriben. Presentan dificultades en sus habilidades motoras finas y en sostener un bolígrafo apropiadamente. La dispraxia se refiere a dificultades con el movimiento y la coordinación, provocando torpeza psicomotriz, equilibrio precario, dificultades en la coordinación visomotora y dificultades de la habilidad manual. Pueden tener dificultades con el lenguaje, percepción y en organizar sus pensamientos. La discalculia afecta la habilidad para adquirir habilidades aritméticas básicas. Estas dificultades de aprendizaje están frecuentemente asociadas al TDAH.

La dislexia es un problema de aprendizaje que se caracteriza por las dificultades de decodificar, reconocer las palabras de manera precisa y fluida y para adquirir el dominio ortográfico. La dislexia resulta de un déficit en el componente fonológico del lenguaje, no explicado por las capacidades cognitivas del niño. En la dislexia existen dificultades en la mecánica lectora y ortografía, en especial la ortografía natural, resultado de las dificultades de asociar fonemas con sonido pero la comprensión lectora suele estar más preservada. En el TDAH existe una mayor afectación de la comprensión lectora y de la ortografía más ortográfica, estando más preservada la ortografía natural y mecánica lectora. Cuando la dislexia y el TDAH coexisten, todos los aspectos de la lectura, tanto la comprensión como la mecánica lectora resultan severamente afectados.

Deberemos realizar una evaluación diagnóstica de dislexia, siempre que el TDAH se asocie a niños con una disparidad importante entre su capacidad intelectual y habilidades lectoras o que no aprendan a leer. Test rápidos como el RAN/RAS, examina la fluencia verbal con consigna fonética, la conciencia fonológica y las secuencias verbales. Test más específicos como TALE de 1º a 4º de primaria para la evaluación de la lectura y escritura, el PROLEC que examina la identificación de letras, reconocimientos de palabras y procesos sintácticos- semánticos. DST-J (Test para la detección de dislexia en niños) entre los 6-11 años. El tratamiento del TDAH asociado a dislexia debe incluir una evaluación psicopedagógica de las necesidades educativas del niño-adolescente. Valorar la necesidad de una adaptación curricular. Son necesarias adaptaciones educativas informales que incluyan el no hacerles leer en público, valorar el contenido y no la forma de los trabajos escritos, no penalizarles por faltas ortográficas, darles más tiempo en los exámenes y valorar la necesidad de exámenes orales.

TDAH asociado a TEA

El TDAH asociado a TEA presenta severa hiperactividad, impulsividad y frecuentemente, problemas de conducta. Dificultades severas de función ejecutiva, aprendizaje y regulación emocional son frecuentes.

Alrededor de un 30% de los casos de TEA están asociados al TDAH, es decir a la sintomatología del TDAH se añaden las dificultades en la reciprocidad socioemocional, comunicación verbal y no verbal,

Cuando el TDAH se asocia a dislexia, se comprometen todos los aspectos de la lectura, incluyendo la comprensión lectora

La dislexia es un problema de aprendizaje que se caracteriza por las dificultades de decodificar, reconocer las palabras de manera precisa y fluida y para adquirir el dominio ortográfico. La dislexia resulta de un déficit en el componente fonológico del lenguaje, no explicado por las capacidades cognitivas del niño

Cuando la dislexia y el TDAH coexisten, todos los aspectos de la lectura, tanto la comprensión como la mecánica lectora resultan severamente afectados

El TDAH asociado a TEA presenta severa hiperactividad, impulsividad y frecuentemente, problemas de conducta. Dificultades severas de función ejecutiva, aprendizaje y regulación emocional son frecuentes

pragmática de la comunicación y comprensión del lenguaje. Además presentan conductas o intereses repetitivos o/y inflexibilidad al cambio en rutinas o entorno, estereotipias o manierismos motores o/y alteraciones sensoriales. A las dificultades de inhibición cognitiva y de memoria de trabajo del TDAH se asocian las dificultades en planificación y rigidez cognitiva propias del TEA. En estos casos, pueden existir graves problemas de conducta asociados por la rigidez, impulsividad y desregulación emocional. Las confusiones diagnósticas son frecuentes, por la excesiva hiperactividad, impulsividad y dificultades conductuales asociadas y en ocasiones el TEA asociado no se reconoce o pasa inadvertido.

En la exploración diagnóstica, es esencial recoger la historia de la sintomatología del TEA asociada. Instrumentos de evaluación diagnóstica, como el ADI-R y ADOS2 (Rutter et al 2003, 2000) pueden ser de ayuda y también cuestionarios de sintomatología TEA como es el SCQ (Rutter et al 2003) y el SRS (Constantino 2005). El metilfenidato es efectivo en un 60 % de los casos de TEA asociado a TDAH pero en un 40% de los casos, los estimulantes provocan activación emocional o/y cognitiva, irritabilidad, graves problemas de comportamiento o excesiva inhibición y lentitud. En estos casos es necesario retirar la medicación. En caso de que el TEA y el TDAH se acompañen de severa hiperactividad e impulsividad con desregulación emocional, la guanfacina es una buena alternativa. En el caso del TEA asociado al TDAH, siempre debe comenzarse con dosis muy bajas de medicación para descartar que existan efectos secundarios, en especial una hiperactivación. En caso de que exista buena tolerancia, progresivamente y lentamente se van incrementando las dosis de medicación hasta las necesarias y toleradas para controlar los síntomas de TDAH.

Comorbilidad con trastornos psiquiátricos

TDAH asociado a problemas de conducta

La presencia de agresividad en edades tempranas asociado al TDAH incrementa el riesgo de problemas conductuales en la infancia, adolescencia y un incremento de consumo de tóxicos y personalidades antisociales en edad adulta.

Los trastornos de conducta se refieren a aquellas acciones y actitudes que no son apropiadas para la edad y que violan las normas familiares, sociales o los derechos de los otros, e incluyen desde conductas menores como las rabietas, hasta acciones antisociales severas como vandalismo, asalto, robo etc. Los trastornos de conducta son frecuentes en niños y adolescentes, entre un 2-9% y mayor en grupos de riesgo socioeconómico. En general son más frecuentes en varones. Un 40% de los casos de TDAH se asocia a TND (Trastorno Negativista Desafiante) y en un 15% a Trastornos de la conducta disocial. En general, la asociación predice mal pronóstico con un incremento de riesgo de asociarse en la vida adulta con consumo de drogas o/y personalidad antisocial. La presencia del TDAH asociado a agresividad y problemas de conducta en la escuela y vida familiar, se relaciona con el mantenimiento de problemas durante la vida adulta. Los chicos agresivos, con TDAH suelen presentar distorsiones cognitivas agresivas atribuyendo intenciones hostiles a los otros. Pueden presentar patrones de conducta impulsivos reactivos, baja tolerancia a la frustración y dificultades en la esfera de la regulación emocional. Menos habilidades verbales y puede asociarse también a déficits cognitivos intelectuales. En estos casos pueden utilizarse cuestionarios de psicopatología general como es el CBCL, SDQ que presentan versiones para niños y adolescentes con información de padres, profesores y autoinformados. Otros cuestionarios más específicos son el "Eyberg Child Behavior Inventory" (Eyberg 1983), el Inventario de hostilidad infantil (Kazdin 1987), la escala de conducta antisocial ASB, ABAS-2 y SENA.

Respecto al tratamiento del TDAH asociado a problemas de conducta es fundamental identificarlos de manera precoz, aplicar programas psicoeducativos a padres y maestros para que aprendan a responder a los problemas planteados por estos chicos, ajustar las demandas de su aprendizaje y preservar su entorno social. Tratamientos cognitivos para ayudarles a corregir distorsiones cognitivas autorreferenciales y habilidades sociales que incluyan patrones de respuesta mejorando sus habilidades verbales y competencia en el manejo de situaciones estresantes e interrelacionales. El tratamiento multimodal es esencial en la comorbilidad del TDAH y trastornos de conducta. Se recomienda la utilización de los estimulantes y en caso de que no respondan, puede utilizarse la guanfacina exclusivamente o en combinación con estimulantes. Se aconseja minimizar el uso de fármacos antipsicóticos en ésta población. (Tabla II).

TDAH y alteraciones emocionales

El TDAH se asocia en la adolescencia, en más de la mitad de los casos, a trastornos emocionales. Un incremento brusco de la irritabilidad, preocupaciones y deterioro del rendimiento escolar se asocia a T. de ansiedad. La depresión se asocia al TDAH y a problemas de la conducta, que puede enmascarar el componente afectivo y puede asociarse a ideación autolítica.

La presencia de agresividad en edades tempranas asociado al TDAH incrementa el riesgo de problemas conductuales en la infancia, adolescencia y un incremento de consumo de tóxicos y personalidades antisociales en edad adulta

Un incremento brusco de la irritabilidad, preocupaciones y deterioro del rendimiento escolar se asocia a T. de ansiedad

TDAH asociado a trastornos de ansiedad

Entre un 17% de las chicas y un 21% de los chicos con TDAH tienen un trastorno de ansiedad asociado y en la adolescencia puede incrementarse hasta un 50%. Presentan preocupaciones constantes por cualquier razón (ansiedad generalizada), por la separación de sus seres queridos (ansiedad de separación), por la evaluación negativa de sus compañeros (ansiedad social) o ataques agudos de ansiedad con severa sintomatología somática (ataques de pánico). En general la ansiedad se asocia a quejas somáticas y conductas evitativas.

El TDAH asociado a ansiedad agrava los problemas atencionales, la concentración y problemas de aprendizaje, ya asociados al TDAH. Proporcionalmente la ansiedad es más frecuente en chicas, inatentas, con graves problemas de aprendizaje. El TDAH asociado a ansiedad, suele presentarse con más capacidad de inhibición, menos conducta de riesgo, una mayor irritabilidad y componente emocional, quejas somáticas y empeoramiento en resultados escolares, autoestima y habilidades sociales. Puede estar precipitado por algún acontecimiento ambiental. Entre las escalas más utilizadas para la evaluación del TDAH asociado a ansiedad están: "Escala de Ansiedad Manifiesta, Revisada" (RCMAS), "Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo" (STAIC), "Monitoreo de ansiedad y trastornos relacionados" (SCARED) y "Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños" (MASC). Respecto al tratamiento, es importante realizar un tratamiento psicoeducativo con los padres para que entiendan las dificultades de sus hijos y les ayuden a enfrentarse a las situaciones, modelando patrones seguros de confrontación con las situaciones estresantes y no protegerles. El tratamiento cognitivo-conductual es el tratamiento de elección dirigido a reconocer las cogniciones distorsionadoras y realizar tratamiento de exposición ante las situaciones evitadas. Terapias de relajación y mindfulness pueden ser útiles. Tratamiento farmacológico para el TDAH asociado a ansiedad puede incluir o bien estimulantes o atomoxetina, aunque se considera que la atomoxetina es el tratamiento de elección en la comorbilidad del TDAH con trastornos de ansiedad. En caso de que no haya una buena respuesta, se puede añadir a los estimulantes, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, (ISRS) como es el caso de la fluoxetina, sertralina y escitalopran que tienen indicación en adolescentes. La combinación de atomoxetina con ISRS debe utilizarse con mucha precaución por la interacción farmacocinética con el citocromo P450. Es importante tener en cuenta que los estimulantes producen síntomas disfóricos (ansiedad o/y depresión) en un 30% de los casos y en estas situaciones es necesario o bien ajustar la dosis de estimulantes o bien un cambio farmacológico.

TDAH asociado a trastornos depresivos

La depresión mayor ocurre en un 2-4% de los adolescentes y entre 6-30% de los casos de TDAH, tienen una depresión mayor asociada. Es más frecuente en aquellos casos de TDAH asociado a problemas de conducta y a sintomatología depresiva, en estos casos, puede estar enmascarada por los problemas de conducta. Cuando el TDAH se asocia a un trastorno depresivo, puede existir un incremento brusco de la irritabilidad, agresividad hacia otras personas o hacia ellos mismos, con ideación o/y tentativas de suicidio, consumo de tóxicos o/y conductas delictivas ante una desesperanza respecto a su futuro. Siempre debe descartarse una depresión cuando un adolescente con TDAH presenta un incremento brusco de la irritabilidad, problemas de conducta, empeoramiento del rendimiento escolar e intentos autolíticos. En ocasiones, el cuadro emocional puede ser reactivo a problemas ambientales o bien pueden existir factores biológicos predisponentes, como es historial familiar de depresión. Por lo tanto es importante evaluar que trastorno ocurre primero. Si la depresión es una consecuencia de las dificultades de vivir con el TDAH o una reacción disfórica al tratamiento con estimulantes o una consecuencia de la baja autoestima provocada por el TDAH. En ocasiones los dos trastornos coexisten independientemente. El tratamiento dependerá del mecanismo causante de la asociación. En la evaluación pueden utilizarse cuestionarios como son:

"Inventario de depresión para niños y adolescentes" (BDI), "Inventario para la depresión infantil" (CDI) y "Escala de depresión infantil y adolescente de Reynolds" (RADS). Respecto al tratamiento requiere un tratamiento combinado. Se recomienda tratar y estabilizar la depresión primero. La primera línea de tratamiento para la depresión es el tratamiento cognitivo-conductual y si son necesarios los ISRS deben utilizarse con precaución por el incremento de riesgo de activación cognitiva, emocional, conductual y pensamientos suicidas.

TDAH, consumo de drogas y otras conductas adictivas

Los adolescentes con TDAH tienen un mayor riesgo de consumo de drogas, siendo el consumo de cannabis, alcohol y nicotina, las más frecuentes. Debe supervisarse cualquier mal uso de los estimulantes, siendo los de acción corta los que presentan más riesgo.

El TDAH asociado a ansiedad agrava los problemas atencionales, la concentración y problemas de aprendizaje, ya asociados al TDAH

El tratamiento cognitivo-conductual es el tratamiento de elección dirigido a reconocer las cogniciones distorsionadoras y realizar tratamiento de exposición ante las situaciones evitadas

Siempre debe descartarse una depresión cuando un adolescente con TDAH presenta un incremento brusco de la irritabilidad, problemas de conducta, empeoramiento del rendimiento escolar e intentos autolíticos

Los adolescentes con TDAH tienen un mayor riesgo de consumo de drogas, siendo el consumo de cannabis, alcohol y nicotina, las más frecuentes. Debe supervisarse cualquier mal uso de los estimulantes, siendo los de acción corta los que presentan más riesgo

El tratamiento farmacológico del TDAH con estimulantes reduce dos veces el riesgo de consumo de drogas años más tarde pero deben evitarse los estimulantes de acción corta

El TDAH puede incrementar el riesgo de episodios bulímicos y obesidad por las conductas impulsivas

El TDAH puede ser un factor de riesgo para el trastorno de personalidad borderline y en general ambos trastornos tienen síntomas en común

El TDAH asociado a trastornos de conducta en la infancia y adolescencia, es un factor de riesgo para la presencia de trastorno de personalidad antisocial en la edad adolescente tardía y en la edad adulta

El 50% de los adolescentes con abuso de drogas tienen un TDAH. Consumo de cannabis, alcohol y nicotina son las adiciones más frecuentes asociadas al TDAH, aunque el mal uso de los estimulantes, predominantemente los estimulantes de acción corta, se observa también con frecuencia. En un estudio realizado en España, un 40% de los chicos con TDAH habían utilizado cannabis en comparación con el 14% del grupo control. Se encontraron diferentes factores de predisposición, entre los que se incluían factores genéticos, la automedicación y factores de personalidad como la impulsividad, agresividad y alto nivel en la búsqueda de sensaciones excitantes. Factores psicosociales como fallo académico, problemas sociales y padres con estilo parental permisivo también eran frecuentes (Miranda et al 2015, Cortese et al 2015). Las conductas impulsivas, dificultades de predecir el futuro, así como factores psicosociales y emocionales asociados al TDAH incrementa el riesgo de los adolescentes y adultos para el consumo de drogas. Se asocia a cambios bruscos de conducta, con hurtos en casa o fuera, cambios de amistades, empeoramiento de la actitud en casa y en el colegio, signos visibles de consumo como enrojecimiento de ojos, disminución de la alerta (cannabis) o excitabilidad (cocaína, anfetaminas) y en general una negación del problema en estadios precoces. En la edad adolescente y adulta, las personas con TDAH tienen un riesgo doble de mortalidad por causas no naturales, sobretodo accidentes. Esta asociación va mediada por el consumo de drogas y los problemas de conducta. Es de destacar, que la asociación con mortalidad, ocurre proporcionalmente más frecuente en el género femenino. El tratamiento de elección es multimodal combinando actuaciones hacia la adicción y el TDAH. El tratamiento de la adicción debe ser una prioridad pero los tratamientos concomitantes funcionan mejor. Deben incluir intervenciones psicoeducativas a las familias y a ellos mismos. Los Grupos de autoayuda y la terapia cognitivo-conductual son importantes para que puedan tomar conciencia de sus riesgos y de las consecuencias futuras. El tratamiento farmacológico del TDAH con estimulantes reduce dos veces el riesgo de consumo de drogas años más tarde pero deben evitarse los estimulantes de acción corta.

Adolescentes y adultos con TDAH pueden ser adictivos no solo a drogas sino al juego, video-juegos e internet. Los videojuegos con múltiples jugadores y con juegos de rol presentan un mayor riesgo de conductas adictivas.

TDAH asociado a trastornos alimentarios

El TDAH puede incrementar el riesgo de episodios bulímicos y obesidad por las conductas impulsivas. Los adolescentes y adultos con TDAH presentan dos veces más riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. Los más frecuentes son episodios bulímicos o de descontrol alimentario asociado a conductas impulsivas. En algunos casos puede estar asociado a obesidad. Hay que tener cuidado en el caso de que se utilicen los estimulantes para perder peso. Hasta un 11% de los adolescentes refieren utilizar los estimulantes para perder peso. La asociación del TDAH con alteraciones alimentarias, puede presentar otras comorbilidades como es la depresión, trastornos del espectro autista y consumo de drogas.

TDAH asociado a trastorno de personalidad

Trastorno límite de personalidad

El TDAH puede ser un factor de riesgo para el trastorno de personalidad borderline y en general ambos trastornos tienen síntomas en común.

Consiste en un patrón generalizado de personalidad con inestabilidad en las relaciones sociales, autoimagen y en el estado de ánimo, fluctuaciones rápidas desde gran autoconfianza a desesperación, miedo al rechazo, esfuerzos para evitar el abandono, alteración de la identidad y tendencia a pensamiento suicida y autolesiones. El TDAH puede ser un factor de riesgo para el trastorno de personalidad borderline y en general ambos trastornos tienen síntomas en común. El tratamiento multimodal es el de elección. Primero hay que tratar el trastorno de personalidad para estabilizarlo, combinando intervención psicosocial y tratamiento cognitivo-conductual. El tratamiento farmacológico del TDAH con estimulantes puede disminuir la impulsividad y alteraciones psicológicas, mejorando la vinculación terapéutica.

Trastorno antisocial de personalidad

El TDAH asociado a trastornos de conducta en la infancia y adolescencia, es un factor de riesgo para la presencia de trastorno de personalidad antisocial en la edad adolescente tardía y en la edad adulta. Consiste en la desconsideración y violación de los derechos de las otras personas, presente desde los 15 años que incluye 3 o más criterios: no cumple las reglas sociales, irresponsabilidad, manipulación, indiferencia por el bienestar de los otros, fallo para planificar el futuro, irritabilidad y agresividad. Aquellos que tienen escaso deseo social, poca empatía y frialdad, pueden ser un factor para el desarrollo de un trastorno de la personalidad antisocial con rasgos psicopáticos. El tratamiento con estimulantes y psicosocial es de elección.

Tablas y figuras

Tabla I. Criterios diagnósticos del TDAH que incluye criterios de hiperactividad-impulsividad, déficit atencional y diferentes tipos de presentaciones.

| |
|--|
| A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2): |
| <p>1. Inatención: 6 o más de los siguientes síntomas o al menos 5 para mayores de 16 años, con persistencia durante al menos 6 meses hasta un grado inconsistente con el nivel de desarrollo y que impacta negativamente en las actividades sociales y académicas/ ocupacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades. b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas. c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente. d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo. e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades. f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido. g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades. h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes. i) A menudo es descuidado en las actividades diarias. <p>2. Hiperactividad e impulsividad: 6 o más de los siguientes síntomas, o al menos 5 para mayores de 16 años, con persistencia durante al menos 6 meses hasta un grado inconsistente con el nivel de desarrollo y que impacta negativamente en las actividades sociales y académicas/ocupacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) A menudo mueve en exceso manos o los pies, o se remueve en su asiento. b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado. c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones que es inapropiado hacerlo. d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio. e) A menudo está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor. f) A menudo habla en exceso. g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas. h) A menudo tiene dificultades para guardar turno. i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros. |
| B. Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años de edad. |
| C. Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en casa, escuela o trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades) |
| D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren o reducen la calidad de la actividad social, académica o laboral. |
| E. Los síntomas no aparecen exclusivamente motivados por esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastorno del estado ánimo, ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, abuso de sustancias o síndrome de abstinencia). |
| <p>En función de los resultados se podrán clasificar las siguientes presentaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses. — Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses. — Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses. |

Tabla II: Criterios diagnósticos de trastorno de conducta y trastorno negativista desafiante por el DSM5.

| Criterios diagnósticos para el trastorno de conducta | Criterios diagnósticos para Trastorno Negativista Desafiante |
|--|---|
| <p>1. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:</p> <p>Agresión a personas y animales (criterios 1-7), destrucción de la propiedad (criterios 8 y 9), engaño o robo (criterios 10-12) e incumplimiento grave de normas (criterios 13-15):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A menudo acosa, amenaza o intimada a otros. 1. A menudo inicia peleas. 2. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma). 3. Ha ejercido la crueldad física contra personas. 4. Ha ejercido la crueldad física contra animales. 5. Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada). 6. Ha violado sexualmente a alguien. 7. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves. 8. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio del fuego). 9. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien. 10. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej. "engaña" a otros). 11. Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión; falsificación). 12. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años. 13. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez sí estuvo ausente durante un tiempo prolongado. 14. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años. | <p>1. Un patrón de enfado/ irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.</p> <p>Enfado/irritabilidad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A menudo pierde la calma. 2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad. 3. A menudo está enfadado y resentido. <p>Discusiones/actitud desafiante</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes. 5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas. 6. A menudo molesta a los demás deliberadamente. 7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento. <p>Vengativo</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses. <p>2. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.</p> <p>3. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo.</p> |
| <p>2. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral.</p> | <p>Nota: Se debe considerar la persistencia y la frecuencia de estos comportamientos para distinguir los que se consideren dentro de los límites normales, de los sintomáticos. En los niños de menos de cinco años el comportamiento debe aparecer casi todos los días durante un periodo de seis meses por lo menos, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). En los niños de cinco años o más, el comportamiento debe aparecer por lo menos una vez por semana durante al menos seis meses, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). Si bien estos criterios de frecuencia se consideran el grado mínimo orientativo para definir los síntomas, también se deben tener en cuenta otros factores, por ejemplo, si la frecuencia y la intensidad de los comportamientos rebasan los límites de lo normal para el grado de desarrollo del individuo, su sexo y su cultura.</p> |
| <p>3. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.</p> | |
| <p>En el mismo diagnóstico se deberá especificar el tipo (Tipo de inicio infantil, Tipo de inicio adolescente o Tipo de inicio no especificado) y si se da con emociones prosociales limitadas, falta de remordimientos o culpabilidad, si se muestra insensible, carente de empatía, despreocupado por su rendimiento o con afecto superficial o deficiente.</p> | |

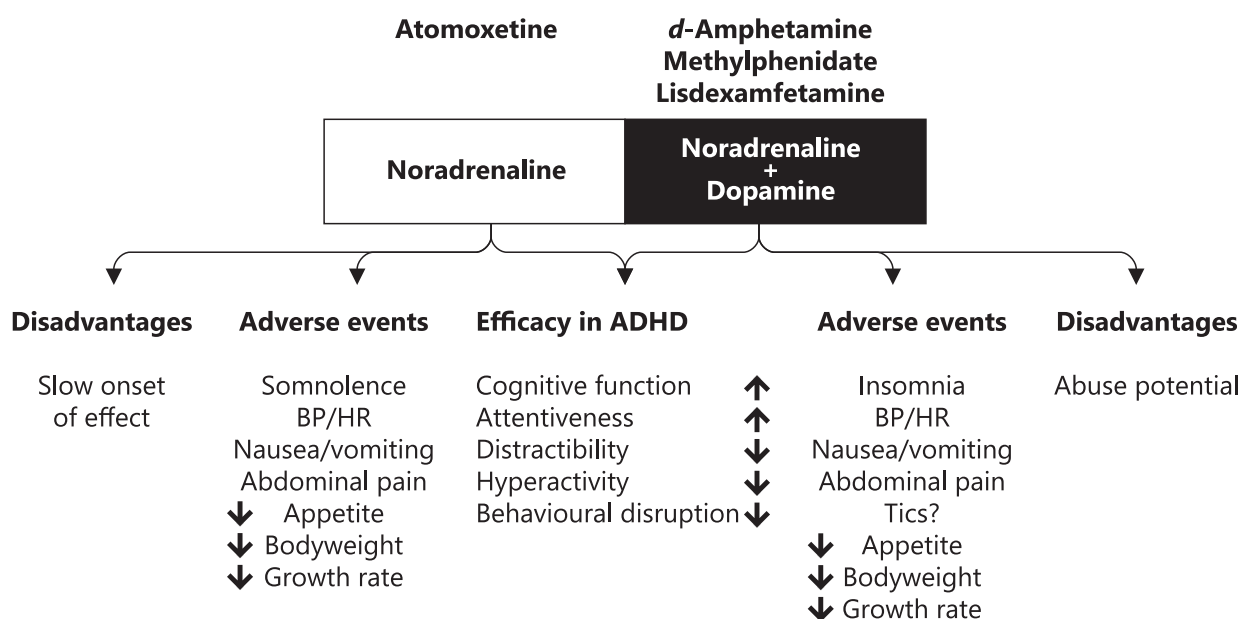
Tabla III: Interacciones farmacológicas de estimulantes, Atomoxetina y Guanfacina

| PSICOESTIMULANTES |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> — Contraindicados los IMAO — SSRI y SNRI - Posible aumento del riesgo del Síndrome de la Serotonina — TCAs pueden interactuar con Anfetaminas y Metilfenidato por diferentes mecanismos — Los Antipsicóticos (Ej. Clorpromacina Flufenazina) pueden reducir el efecto de las Anfetaminas — Los Anticonvulsivantes. El Metilfenidato puede aumentar el nivel Fenitoina, Primidona y Fenobabital — Warfarina. El Metilfenidato puede aumentar su concentración sanguínea |
| ATOMOXETINA (STRATTERA) |
| <ul style="list-style-type: none"> — Contraindicados los IMAO — Inhibidores del CYP206 (Ej. Paroxetina, Fluoxetina, Bupropion, Quinidina) pueden aumentar los niveles sanguíneos de Atomoxetina — Descongestionantes (Ej. Pseudoefedrina) posible aumento de la tensión arterial y la frecuencia cardiaca — Agentes que prolongan el intervalo QT (Ej. Quetiapina, Quinidina) pueden aumentar el QTc por ello considerar alternativas |
| GUANFACINA XR (INTUNIV XR) |
| <ul style="list-style-type: none"> — Agentes que prolongan el intervalo QT (Ej. Quetiapina, Quinidina). No se recomienda usarlos conjuntamente ya que la Guanfacina puede disminuir la Frecuencia cardiaca — B bloqueantes. Se puede producir un rebote hipertensivo si la Guanfacina se suspende bruscamente — Anticonvulsivantes. La Guanfacina puede aumentar las concentraciones de Ac Valproico, Carbamacepina, Fenobarbital; y la Fenitoina puede disminuir las concentraciones séricas de Guanfacina por la inducción del CYP344 — Inductores o inhibidores del CYP344 (Rifampicina, Fluconazol, Ritonavir). Los inductores pueden disminuir la concentración de Guanfacina y las inhibidores pueden aumentarla |

Información adicional: Canadian ADHD Practice Guidelines 4th Ed. 2018. www.caddra.ca

IMAO: Inhibidores de la Monoamino Oxidasa; SSRI: Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina; SNRI: Inhibidores selectivos de recaptación de Serotonina y Norepinefrina; TCAs: Antidepresivos Tricíclicos.

Figura 1: Mecanismos de acción de estimulantes y Atomoxetina, efectos deseables e indeseables asociados



Bibliografía

1. Antshel KM, Zhang-James Y, Faraone SV (2013) The comorbidity of ADHD and autism spectrum disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13: 1117–28.
2. American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. APA.
3. BoleaAlmanac, B, Nutt, DJ, Adamou, M, Asherson, P, Bazire, S, Coghill, D, Heal, D, Müller, U, Nash, J, Santosh, P, Sayal, K, Sonuga-Barke, E, Young, SJ (2014). Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: Update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 1–25.
4. Breyer JL, Lee S, Winters K, et al (2014) A longitudinal study of childhood adhd and substance dependence disorders in early adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28: 238–46.
5. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA). Available from: <http://www.caddra.ca> (accessed on February 2016).
6. Dalsgaard S, Mortensen P, Frydenberg M, et al (2014) ADHD, stimulant treatment in childhood and subsequent substance abuse in adulthood – a naturalistic long-term follow-up study. *Addictive Behaviors*, 39: 325–8.
7. Hall, C, Newell, K, Taylor, J, Sayal, K, Swift, K, Hollis, C (2013). Mind the gap’ – mapping services for young people with ADHD transitioning from child to Adult Mental Health Services. *BMC Psychiatry* 13, 186.
8. Healthcare Improvement Scotland (2012) *Attention Deficit and Hyperkinetic Disorders Services Over Scotland. Final Report*. NHS Scotland.
9. Hofvander B, Ossowski B, Lundstrom S, et al (2009) Continuity of aggressive antisocial behaviour from childhood to adulthood: the question of phenotype definition. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32: 224–34.
10. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2008). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults*. Clinical Guideline 72. NICE: London.
11. NHS Quality Improvement Scotland (2008) *ADHD Services over Scotland: Report of the Implementation Review Exercise*. NHS Quality Improvement Scotland.
12. Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D et al 2015. The Pharmacological Management of Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Part 1: Psychostimulants, Alpha-2 Agonists, and Atomoxetine. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60:42–51.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. El DSM-5 ha cambiado los criterios el TDAH. ¿Cuál de las siguientes no es cierta?

- a) En los > de 17 años son necesarios que cumplan 5 síntomas.
- b) En los < de 17 años son necesarios que cumplan 6 síntomas.
- c) Los síntomas deben presentarse antes de los 7 años.
- d) Los síntomas deben estar presentes en más de un entorno.
- e) Los síntomas deben persistir más de 6 meses.

2. En relación con la comorbilidad del TDAH, ¿cuál no es correcta?

- a) La asociación del TDAH con otras entidades del neurodesarrollo o problemas psiquiátricos es poco frecuente.
- b) Se asocia a una mayor sintomatológica.
- c) Se asocia a un peor funcionamiento psicosocial y un peor pronóstico.
- d) Un 33% presentan un único trastorno, 16% dos y 18% tres o más.
- e) Todas son ciertas.

3. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?

- a) En la adolescencia los síntomas del Tr de neurodesarrollo pueden ser sutiles y enmascarar la comorbilidad, pero no la incapacidad funcional.
- b) En el TDAH que persiste síntomas de inatención y Tempo cognitivo lento, puede confundirse con discapacidad intelectual.
- c) La asociación de TDAH con tics y T. Tourette no es frecuente.
- d) La agresividad en edades tempranas asociado al TDAH, aumenta el riesgo de problemas conductuales en la infancia, adolescencia así como el consumo de tóxicos y personalidad antisocial en edad adulta.
- e) El TDAH puede incrementar el riesgo de episodios bulímicos y obesidad por las conductas impulsivas.

Respuestas correctas en la página 78.e29

Tecnologías de la información y de la comunicación

L.S. Eddy Ives. Autora y co-coordinadora de la *Guía clínica sobre el ciberacoso para profesionales de la salud*. Centre Mèdic Sant Ramon (CMSR), Santa Coloma de Gramenet (Barcelona). Pediatra especializada en psiquiatría infanto-juvenil, Directora médico CMSR.

Resumen

La utilización de las tecnologías de la información y de la comunicación por parte de los niños y adolescentes ocasiona problemas personales de conductas adictivas y riesgo de sufrir ciberacoso, sexting o grooming. Se expone un caso clínico de ciberacoso y se revisa dicho tema.

Palabras clave: *Tecnologías de la Información y la Comunicación; Ciberacoso; Sexting; Grooming.*

Abstract

The use of information and communication technologies by children and adolescents leads to addictive behavior problems and risk of cyberbullying, sexting or grooming. A clinical case of cyberbullying is presented and the topic is reviewed.

Key words: *Information and communication technologies; Cyber bullying; Sexting; Grooming.*

Introducción

Laia, de 14 años (3º ESO), acude a consultar en el servicio de psiquiatría-infanto juvenil en noviembre de 2015, acompañada por su madre. Es derivada desde psicología para valorar la conveniencia de añadir tratamiento farmacológico a la intervención psicológica que estaba llevando a cabo desde hacía más de un año y que no acababa de proporcionar una mejoría en su estado de ánimo. A través de la anamnesis y de la observación clínica se constata una niña insegura, con baja autoestima, poca capacidad comunicativa y con sintomatología ansiosa-depresiva. Su máxima preocupación era tener una mejor relación con sus iguales dentro del ámbito escolar. Niega sufrir acoso escolar o acoso a través de las redes sociales.

Antecedentes familiares: nada a destacar. **Antecedentes personales:** intervención psicológica a los 9 años de edad por presentar miedos, falta de confianza en sí misma, y baja autoestima. Recibió terapia cognitivo conductual, primero semanal y luego quincenal, durante un año.

Se inicia tratamiento con Fluoxetina 20 mg (primeros 10 días, 10 mg). A los dos meses se evidencia una mejoría parcial en el estado de ánimo. Se le recomienda acudir al taller de habilidades sociales para adolescentes, pues seguía siendo evidente su preocupación por sus relaciones con los compañeros del instituto.

Cada 1-2 meses se realiza controles en psiquiatría y quincenal/mensual en psicología, siendo estable el cuadro clínico. En la visita de diciembre de 2016 se constata un cambio evidente en su estado de ánimo. Laia se muestra mucho más comunicativa y alegre. Según la madre, volvía a ser la Laia de siempre. Nos comunica que hubo una mediación en el instituto por orden judicial que permitió evidenciar que Laia había estado sometida a acoso escolar y ciberacoso a través de la red social WhatsApp. La adolescente que le estuvo realizando el ciberbullying a ella y a varias compañeras más, era nueva en el instituto habiendo sido trasferida por petición de los padres por haber sufrido a su vez acoso escolar en su anterior instituto.

Cabe resaltar de este caso, la no verbalización de la causa de su malestar anímico. Es un hecho frecuente, tanto en el bullying como en el ciberbullying, pero más en el segundo ya que muchas veces el adolescente tiene restringido el uso del móvil y si además reconoce que está siendo intimidado, suele temer que sus padres le restrinjan aún más su uso, por lo que habitualmente optan por el silencio.

Cabe resaltar de este caso, la no verbalización de la causa de su malestar anímico. Es un hecho frecuente, tanto en el bullying como en el ciberbullying

Definiciones

Tecnologías de la Información y de la Comunicación

Las nuevas tecnologías de la Información y de la comunicación (TIC) se refiere a todos los medios digitales que disponen los niños y adolescentes para conectarse de forma virtual: móvil, iPad, portátil, ordenador. Las generaciones actuales son denominados nativos digitales al estar en contacto con las mismas desde edades muy tempranas por lo que el riesgo de sufrir consecuencias negativas (adicción y acoso) es más elevada (Paniagua H., 2013).

Un estudio europeo con recopilación de datos de adolescentes de 14-17 años, entre 2011 y 2012, pone en evidencia que un 22,8% de los mismos tienen una conducta disfuncional respecto a internet; concretamente 21,3% en riesgo de adicción y 1,5% con conducta adictiva, la cual se manifiesta en forma de pérdida de control con aislamiento y descuido de las relaciones sociales, académicas, recreativas y de higiene personal (Tsitsika A. et al, 2012).

Ciberacoso

Se habla de ciberacoso o ciberbullying cuando un menor acosa a otro menor con amenazas, insultos, coacciones, chantajes, vejaciones, o calumnias, haciéndolo a través de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como es el móvil, ordenador, o Tablet, e utilizando WhatsApp, SMS, email, chats en línea, redes sociales, etc. El ciberacoso se define como un *daño intencionado y repetido* infligido por parte de un menor o grupo de menores hacia otro menor mediante el uso de los *medios digitales* (Guía Clínica de ciberacoso para profesionales de la salud, 2015). La víctima irá sufriendo un deterioro en su autoestima y dignidad personal, provocándole victimización psicológica, estrés emocional y rechazo social. Hay que tener en cuenta que el daño es intencionado, no accidental, pero el adolescente agresor muchas veces no es consciente del daño real que le va ocasionar a su víctima.

El acoso, tanto presencial como virtual, que es el caso que nos ocupa, siempre es repetido en el tiempo, no es un hecho aislado. Ahora bien, el ciberacoso debido a la característica de ser digital, con una única acción por parte del agresor puede representar una experiencia de victimización prolongada en el tiempo para la víctima debido a que la agresión persiste de forma continuada en la red 365 días al año. Por tanto, puede haber un efecto repetido a pesar que la conducta del que agrede no lo había sido (Protocolo de actuación escolar ante el ciberbullying, 2011).

Las víctimas y acosadores son de edades similares y tienen relación o contacto en el mundo físico. Muchas veces el acoso comienza en el mundo real para luego pasar al mundo virtual. A igual que en el acoso presencial, existirá el acosador, la víctima y los observadores. El ciberbullying representa una amenaza clara para la víctima pudiendo crearle situaciones de riesgo psíquica y física, pudiendo llegar a ser constitutivo de un delito. Los métodos que utilizan para realizar este acoso pueden ser a través de:

- *Ataques directos*: insultos o amenazas, robo de contraseñas, secuestro o cierre de perfiles en las redes sociales (Facebook, Instagram, etc.), robo de recursos en juegos en línea, envío de virus informáticos para dañar o manipular el ordenador de la víctima.
- *Publicaciones y/o ataques públicos*: rumores, mensajes que hieren, fotos o vídeos humillantes publicados en redes sociales, blogs, foros, o enviados a través de la mensajería instantánea o email. También, exclusión de grupos en línea con la intención de denigrar a la víctima.
- *Mediante terceros*: es cuando se hace una suplantación de identidad y creación de perfiles falsos en las redes sociales o en juegos en línea para enviar mensajes amenazantes o provocativos exponiendo a la víctima al escrutinio de terceros. O sea, habrá una explotación malintencionada de los mecanismos de seguridad en plataformas de redes sociales para conseguir el cierre de su cuenta.

Grooming

Es una forma de acoso a un menor a través de las nuevas tecnologías pero no es entre iguales, sino el acosador es un adulto y la víctima un menor, y habrá una intención sexual explícita o implícita (Guía legal sobre ciberbullying y grooming, 2009). En esta modalidad de acoso las situaciones de peligro para los menores son más sutiles y latentes. Son acciones realizadas para establecer, de forma deliberada, una relación y control emocional sobre un menor con el fin de preparar el terreno para el abuso sexual. Los acosadores tienen preferencia por un prepúber o púber y frecuentemente son hombres casados. El menor suele ser ingenuo y no se da cuenta que interactúa con un adulto. El acosador acaba confesando su edad y pidiendo secretismo; les convence que no deben decirlo a los padres pues no lo entenderían. Logran datos personales y fotografías, que cada vez serán con menos ropa.

Ciberacoso o ciberbullying cuando un menor acosa a otro menor con amenazas, insultos, etc..., a través de las TICs

El ciberbullying representa una amenaza clara para la víctima pudiendo crearle situaciones de riesgo psíquica y física, pudiendo llegar a ser constitutivo de un delito

El grooming es una forma de acoso a un menor a través de las nuevas tecnologías pero no es entre iguales

Existen 3 fases. *Fase de amistad*: se pone en contacto para conocer sus gustos, preferencias y crear una relación de amistad y confianza; *Fase de relación*: incluye confesiones personales e íntimas entre acosador y menor estableciéndose una mayor confianza y el acosador obtiene cada vez más información sobre sus gustos y preferencias; *Fase con componente sexual*: hay petición a los menores de su participación en actos de naturaleza sexual, grabación de imágenes o toma de fotografías.

Sexting

El sexting puede acabar convirtiéndose en un ciberacoso. Consiste en el envío de fotografías o vídeos con contenido sexual, grabadas y enviadas por la propia protagonista (Guía sobre adolescencia y sexting, 2011). El receptor es quien hace un mal uso difundiendo dichas imágenes, cosa que no supo prever la persona que hizo el envío. O sea, en el inicio hay una voluntariedad en el envío a una determinada persona, que suele querer hacer un "regalo" a su pareja con el fin de coquetear, pero luego éste/a los difunde sin su consentimiento haciéndose viral. Puede acabar habiendo un acoso para que no se sigan difundiendo las imágenes, difícilmente controlable.

El sexting consiste en el envío de fotografías o vídeos con contenido sexual

Diferencias entre ciberacoso y acoso escolar tradicional

El hecho de que no sea presencial sino virtual, ocasiona dos hechos evidentes:

1. Un efecto desinhibidor sobre los comportamientos del acosador: El efecto desinhibidor hace que el acosador actúe impulsivamente sin medir las consecuencias de sus actos, de tal forma que el sujeto presenta:
 - Sentimiento de poder o de invencibilidad al poder engañar u ocultar su identidad, sin tener conciencia de la gravedad de sus actos y de que pueden tener consecuencias legales.
 - Dificultad de percibir el daño psicológico, emocional y moral que está ocasionando a la víctima debido a la distancia, al no estar en contacto físico con la víctima, lo que dificulta el desarrollo de la empatía del acosador facilitando que se repita el acoso.
 - Mayor probabilidad de reincidir debido a que no hay ningún adulto que intervenga protegiendo a la víctima pues los adultos del entorno, tanto del acosador como de la víctima, ignoran lo que está sucediendo.
2. Un aumento del alcance de la victimización, aumentando a su vez el daño a la víctima. El aumento del alcance de la victimización es evidente al haber un:
 - Impacto en las redes sociales las 24 horas al día y 365 días al año.
 - Audiencia aumentada y con difusión viral, todo ello conllevando un mayor perjuicio para la víctima, y por tanto, un mayor sufrimiento.

Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo son:

- Antecedente de haber sufrido acoso escolar. Suele ser la continuidad, primero padecen bullying que luego se acompaña o se transforma en ciberbullying.
- Ser nuevo en el centro escolar. Es importante que el profesorado vele por la buena integración de un alumno de nueva incorporación.
- Ser diferente o tener algún rasgo diferencial, por ej. pertenecer a otra cultura, raza, o religión que la mayoría, ser homosexual, etc.
- Alumnos con necesidades especiales, o al contrario, ser un alumno con elevados éxitos académicos.
- Elevadas horas del adolescente conectado a internet (EU NET ADB Consortium, 2012). Según la muestra de Arnaiz (2016) la mayoría de los adolescentes utilizan el móvil entre 1 y 2 horas de media al día. Ahora bien, hay un 5% de chicos y un 12,5% de chicas que dedican un tiempo diario superior a las cuatro horas, lo que se consideraría una ciberadicción; y entre los que dedican 2 a 4 horas diarias, grupo de riesgo de ciberadicción, de nuevo las chicas superan a los chicos con un 11% frente al 8%. Ambas diferencias son significativas. En cuanto a la utilización del ordenador, sin constatar tiempo de conexión a internet, las chicas también superan a los chicos (más de 4 horas diarias el 6,8% de chicas en comparación a un 4,8% de chicos, diferencia sin significación estadística).
- Falta de supervisión de los padres. Es bien conocido que la familia actúa como factor protector, pero la realidad es que la supervisión por parte de los padres mientras el hijo está conectado a internet es escasamente uno de cada cuatro. Esto nos lleva a plantear la necesidad de concienciar a los padres sobre la importancia de que supervisen a sus hijos, que haya más momentos de uso compartido de las TICs y coeducación para un uso responsable.

Es bien conocido que la familia actúa como factor protector del ciberbullying

Perfil de los implicados

El agresor a veces proviene de entornos familiares sin pautas de educación moral, o de entornos con modelos de autoridad desequilibrados, autoritarios...

Como en todo acoso, hay que tener en cuenta el perfil de los 3 componentes: la víctima, el agresor y los espectadores.

Víctima. Las víctimas suelen ser adolescentes con pocas habilidades sociales (HHSS) y poca capacidad asertiva. Suelen tener pocos amigos y a veces aceptan cualquier menosprecio con tal de pertenecer al grupo. Suelen ser buenos estudiantes. Hay mayor riesgo cuando el sujeto es "diferente" o nuevo en el centro con dificultades de integrarse debido a sus pocas HHSS.

Agresor. El agresor/a suele ser un adolescente con escasa escala de valores pudiendo adoptar sin demasiada dificultad conductas de abuso, dominio, egoísmo, exclusión, maltrato físico, e insolidaridad. A veces provienen de entornos familiares sin pautas de educación moral, o de entornos con modelos de autoridad desequilibrados, autoritarios, inexistentes o permisivos pudiendo acabar los menores imponiendo su autoridad. A veces los agresores han aprendido una doble conducta en la que en determinadas situaciones muestran buenos modales, pero son capaces de actuar con cinismo y mostrar su otra cara oculta tras el anonimato virtual. Resumiendo, tienen falta de escala de valores, de empatía, falta de respeto hacia sus iguales y figuras de autoridad, pero a veces siguen un "doble juego".

Cuando uno es testigo de acoso o ciberacoso y no dice nada, está legitimando la situación

Observador o espectador. Es fundamental transmitir a los adolescentes su poder como grupo. Cuando uno es testigo de acoso o ciberacoso y no dice nada, está legitimando la situación, lo está aceptando como válido o correcto. Deben saber que ellos tienen poder para cambiar las cosas pues con la presión colectiva, apoyando a la víctima, pueden hacer que el agresor pierda su poder en el grupo y deje de acosar.

Clínica

Debido a que la clínica es inespecífica y que no es fácil que el adolescente víctima de ciberacoso se sincere, hace que su detección no sea fácil. El adolescente puede presentar sintomatología psicósomática diversa, baja autoestima, alteraciones en el sueño, ansiedad sin causa aparente, sintomatología depresiva, sintomatología de trastorno de conducta alimentaria, y cambios importantes en los hábitos diarios o en el comportamiento, como puede ser dificultades en la integración escolar con ausencias escolares frecuentes, bajo rendimiento académico, cambios en las amistades, miedo a salir de casa con aumento en la dependencia de los adultos.

Historia clínica

En la historia clínica, se recomienda, de forma rutinaria, indagar sobre la utilización y relación que tiene el adolescente con las TICs

Se recomienda, de forma rutinaria, indagar sobre la utilización y relación que tiene el adolescente con las TICs (Salmerón, 2013; Eddy, 2012). Interesará constatar si ha sufrido intimidación a través de las mismas o, al contrario, ha intimidado o ha participado como observador (Guía de actuación contra el ciberacoso, 2012). Para facilitar que el adolescente hable de su relación con las TICs, a la vez que el profesional hace preguntas sobre deportes, hobbies, etc., debe preguntar sobre la utilización que hace de las TICs. O sea, el tiempo diario dedicado a las mismas, el lugar (casa, escuela, otros), los momentos (mientras come, está en la cama restando horas al descanso nocturno, cuando está aburrido), la finalidad (para hacer llamadas, agenda, chat), si algún amigo ha intimidado o sufrido intimidación a través de las mismas, y finalmente preguntar si él/ella ha sido víctima, si ha agredido alguna vez, o si ha sido testigo y cómo ha actuado en dicho caso (protegiendo a la víctima, apoyando al agresor o ignorando lo sucedido).

Si se sospecha ciberbullying conviene averiguar si ha habido difamación o desprestigio, llamadas anónimas para asustar, llamadas o mensajes ofensivos o insultantes, robo de contraseña, suplantación de identidad, amenazas o chantaje, acoso sexual, difusión de fotos o vídeos privados, trucar fotos para difundir e humillar, agredir y grabar para luego difundir ("*happy slapping*"), etc. (Garaigordobil, 2014).

Los sentimientos de la víctima y de los observadores suelen ser parecidos. Suelen presentar rabia e ira, a veces miedo, tristeza, vergüenza e incluso sentimientos de culpabilidad pues la víctima puede acabar pensando que se lo merece y el observador, que no estuvo a la altura de las circunstancias apoyando a su compañero. Otras veces rencor y deseos de venganza, pero rara vez indiferencia. Una cosa es que digan que les es indiferente, pero otra que realmente sientan indiferencia.

En el caso del agresor los sentimientos pueden oscilar entre sentirse fuerte, superior a los demás y contento de saber que el otro sufre, a sentir cierta culpabilidad, nerviosismo, rencor u odio (Garaigordobil, 2014).

Pero en otras ocasiones los sentimientos serán de simple indiferencia, pues carecen de empatía. Cuando se le pregunta al agresor por qué lo hace muchas veces contestan para divertirse, porque considera que la víctima es tímido, feo, inferior, homosexual, diferente, etc., o porque considera que se lo merece. Otras veces es para evitar ser víctima o para ser amigo del líder que también lo hace.

Intervención

La **primera medida** es lograr que el acoso cese cuanto antes. Siempre que sea posible se deben eliminar los comentarios ofensivos, pero habiéndolos previamente guardado como prueba, por si en un futuro se realiza una denuncia. Tanto a la víctima como al agresor se les indica que eliminen al otro de sus redes sociales. Si se conoce al acosador, se recomienda ponerse en contacto con él y sus padres o responsables. Si se desconoce su identidad se debe denunciar lo ocurrido a la plataforma digital para que estén informados y para que eliminen los comentarios ofensivos de la red (Protocolo de actuación escolar ante el ciberbullying, 2011).

Es obligado ponerse en contacto con el centro escolar pues puede haber otros menores implicados o afectados, y también es posible que el ciberbullying detectado vaya acompañado de un bullying presencial. El centro escolar debe disponer de un protocolo de actuación que tiene que aplicar de inmediato. Si la escuela no responde de forma positiva se contactará con la Unidad de Participación Ciudadana de la Policía Nacional (en Cataluña, Policía Comunitaria o Mossos d'Esquadra Comunitària) o con Inspección del departamento de enseñanza. La denuncia se utiliza en última instancia pues habitualmente con las mencionadas medidas se logra el cese del acoso y además no suele haber repercusión legal ya que ambos implicados son menores. En cambio, si se llega a la vía judicial, la víctima puede sufrir revictimización que a la larga puede ser aún más perjudicial.

La primera medida es que cese el acoso. Siempre que sea posible se deben eliminar los comentarios ofensivos, pero habiéndolos previamente guardado como prueba, por si en un futuro se realiza una denuncia

Prevención

Prevención primaria. Para prevenir es necesario educar en la utilización responsable de las TICs. Los padres deben ser conscientes que ellos son el primer modelo y el más importante para sus hijos. Las recomendaciones en el buen uso de las TIC son:

- Proteger la intimidad y respetar la intimidad de los demás
- Tener precaución con los desconocidos
- Siempre utilizar un lenguaje correcto, no ofensivo
- Ante insultos o amenazas, no responder sino conservar las evidencias
- No difundir imágenes comprometedoras
- No compartir contraseñas
- Si uno se siente acosado, acudir a un adulto responsable
- Saber que el uso inadecuado de las TICs conlleva responsabilidades personales

En todo control de salud se debe preguntar sobre las TICs, su utilización y relación con las mismas; y si alguna vez se ha sentido intimidado o acosado, o a algún amigo/a le ha sucedido o si él/ella ha intimidado o ha realizado un mal uso de las mismas.

Prevención secundaria. Es la detección precoz y para lograrlo, siempre que un adolescente presente la mencionada sintomatología inespecífica es preciso preguntar sobre el ciberacoso, en un clima abierto y sin juicios, intentando lograr que se sincere.

Prevención terciaria. Es cuando ya está consolidada el ciberacoso y se interviene para minimizar los daños, asegurando que todos los implicados reciban la atención sanitaria que precisan, pudiendo ser necesario atención en salud mental sobre todo cuando hay depresión con riesgo de autolisis. Es necesario proporcionar asistencia a todos los implicados intentando evitar judicializar el conflicto, buscando la mediación y conciliación y reparación del daño ocasionado.

Conclusiones

La utilización de las TICs es cada vez mayor y a edades más tempranas por lo que los profesionales de la salud que atienden a niños y adolescentes deben educar en el buen uso de las mismas y tener presente la prevención de sus riesgos: la adicción, el ciberacoso, grooming y sexting.

Los padres deben ser conscientes que ellos son el primer modelo y el más importante para sus hijos

Bibliografía

1. Arnaiz P, Cerezo F, Giménez A.M., Maquilón J.J. (2016). Conductas de ciberadicción y experiencias de cyberbullying entre adolescentes. *Anales psicología* 2016; 32 (3), 761-769. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.3.217461>
2. Avilés, J.M. (2013). Análisis psicosocial del cyberbullying. Claves para una educación moral. *Papeles del psicólogo*, Vol. 34 (1), pp 65-73. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77825706007.pdf>
3. Eddy Ives, L.S., (2012). Ciberacoso y grooming, en *EnFamilia* (Asociación Española de Pediatría) [En Línea]. Recuperado de: <http://enfamilia.aeped.es/vida-sana/ciberacoso-grooming>.
4. Equipo Multidisciplinar de Investigación sobre Cyberbullying-EMICI. (2011). Protocolo de actuación escolar ante el cyberbullying. Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishare-servlet/content/05f44cc5-d0e9-4ab4-a259-7aa0dc03d524>
5. Garaigordobil Landazabal M., (2014). Cyberbullying: Una nueva forma de violencia entre iguales a través de los medios electrónicos, en *Padres y Maestros* [En Línea]. No. 357. Recuperado de: <http://revistas.upcomillas.es/index.php/padresymaestros/article/view/3300/3107>
6. Garaigordobil M., (2011). Prevalencia y consecuencias del cyberbullying: una revisión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2011, 11 (2), pp. 233-254. Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen11/num2/295/prevalencia-y-consecuencias-del-cyberbullying-ES.pdf>
7. Grupo de trabajo de la Guía Clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. (2015). Guía clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Plan de confianza del ámbito digital del Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Hospital Universitario La Paz, Sociedad Española de Medicina del Adolescente, Red.es. Madrid. Recuperado de: https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/Guia_Ciberacoso_Profesionales_Salud_FBlanco.pdf
8. Observatorio de la Seguridad de la Información de INTECO (Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación). (2011). Guía sobre adolescencia y sexting: qué es y cómo prevenirlo. Recuperado de: <http://www.sexting.es/wp-content/uploads/guia-adolescentes-y-sexting-que-es-y-como-prevenirlo-INTECO-PANTALLASAMIGAS.pdf>
9. Observatorio de la Seguridad de la Información de INTECO (Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación). Guía legal sobre cyberbullying y grooming (2009). Recuperado de: https://www.is4k.es/sites/default/files/contenidos/herramientas/guia_legal_cyberbullying_grooming.pdf
10. Paniagua Repetto H.,(2013). Impacto de las tecnologías de la información y la comunicación. *Pediatr Integral* 2013; XVII(10): 686-693. Recuperado de: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/03/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVII-10.pdf>
11. Salmerón Ruiz M.A, Campillo i López F, Casas Rivero J, (2013). Acoso a través de internet“ en *Pediatría integral* [En línea], Año VII, número 7. Septiembre del 2013, pp. 529-533. Recuperado de: <http://www.pediatriaintegral.es/numeros-antiores/publicacion-2013-09/acoso-traves-de-internet/>
12. Tsitsika A., Tzavela E., Mavromati F., EU NET ADB Consortium. (2012). Investigación sobre conductas adictiva a internet entre los adolescents europeos. Recuperado de: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/articulo-sparaprofesionales/documentos/Neurologiasaludmental/Investigacionsobreconductasadictivas.pdf>

PREGUNTAS TIPO TEST

1. **¿Cuál de las siguientes características de ciberacoso y cyberbullying no es correcta?**
 - a) Insultos de un menor a otro menor.
 - b) Amenazas de un menor a otro.
 - c) Violencia física de un menor a otro.
 - d) Chantajes de uno a otro menor.
 - e) Robar material escolar.
2. **¿Qué acciones forman parte de la definición de “grooming”?**
 - a) Es una forma de acoso de un adulto a un menor.
 - b) Forma de dominación de un adulto a un menor.
 - c) Control emocional de un adulto a un menor.
 - d) Técnicas de acceso a la intimidad de un menor por un adulto.
 - e) Todas son características de “grooming”.
3. **En caso de recibir noticias de un ciberacoso o cyberbullying, ¿Qué es lo que no hay que hacer?**
 - a) Ponerlo en conocimiento en el ámbito escolar.
 - b) Borrar lo antes posible las imágenes o textos de las pantallas para lograr que cese cuanto antes el acoso.
 - c) Poner en conocimiento de la familia.
 - d) Denunciar al Fiscal de Menores y policía comunitaria.
 - e) Proteger al menor.

Respuestas correctas en la página 78.e29

Dislipemias. Situación actual

J. Dalmau Serra. Director-Editor de Acta Pediátrica Española. Excoordinador del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría.

Resumen

La dislipemia es uno de los factores de riesgo mayores para el desarrollo de la arteriosclerosis, la cual se inicia en la infancia. Por ello su identificación y tratamiento constituye uno de los pilares de la pediatría preventiva actual. En el presente artículo se revisa las recomendaciones sobre su cribado, diagnóstico de las enfermedades que cursan con dislipemia, fundamentalmente la hipercolesterolemia familiar, su tratamiento dietético y farmacológico, la promoción de la actividad física y de hábitos de vida saludables, como medidas básicas para evitar la progresión de la arteriosclerosis. Sin embargo sigue habiendo cuestiones no resueltas y que abarcan desde las medidas para conseguir una buena adherencia a la dieta, edad de inicio del tratamiento farmacológico, valoración de la eficacia de cada estatinas en su potencial efecto para la reducción del C-LDL y en sus efectos pleiotrópicos. Asimismo faltan datos sobre su eficacia a largo plazo en la prevención primaria no sólo en la reducción de la mortalidad en el adulto sino también en la morbilidad y en la efectividad coste-beneficio.

Palabras clave: *Dislipemias; Hipercolesterolemia familiar; Hipercolesterolemia familiar combinada; Hipercolesterolemia poligénica; Tratamiento dietético; Tratamiento farmacológico.*

Abstract

Dyslipidemia is one of the major risk factors for the development of arteriosclerosis, which begins in childhood. Therefore, its identification and treatment is one of the pillars of current preventive pediatrics. In the present article we review the recommendations about its screening, diagnosis of diseases associated with dyslipidemia, mainly family hypercholesterolemia, its dietary and pharmacological treatment, as well as the promotion of physical activity and healthy lifestyle habits, as basic measures to avoid the progression of arteriosclerosis. However, there are still unresolved issues such as measures to achieve a good diet adherence, age to start pharmacological treatment, assessment of the efficacy of each statin to reduce LDL-C and its pleiotropic effects. Likewise, data on its long-term efficacy in primary prevention are lacking, not only in the reduction of mortality in adults but also in morbidity and cost-benefit effectiveness.

Key words: *Dyslipidemia; Familial hypercholesterolemia; Combined family hypercholesterolemia; Polygenic hypercholesterolemia; Dietary treatment; Pharmacotherapy.*

Existe relación entre las dislipemias, especialmente la hipercolesterolemia, y el desarrollo y progresión de la aterosclerosis

Introducción

El colesterol y los triglicéridos son lípidos insolubles en agua que son transportados en sangre unidos a unas proteínas (apoproteínas), formando unas macromoléculas llamadas lipoproteínas. Su concentración sanguínea viene determinada fundamentalmente por factores genéticos y dietéticos. Las alteraciones en las concentraciones de estas macromoléculas se denominan dislipemias o dislipoproteinemias. Existe relación entre las dislipemias, especialmente la hipercolesterolemia, y el desarrollo y progresión de la aterosclerosis. Este proceso empieza en la infancia con la aparición de las estrías lipídicas en la pared arterial, puede progresar en la adolescencia y juventud con el desarrollo de las placas de ateroma, y se expresa clínicamente en adultos con la enfermedad cardiovascular (ECV). Dado que la arteriosclerosis es la principal causa de morbi-mortalidad en los países desarrollados, su prevención debe iniciarse cuando se inicia el proceso, es decir, en la edad pediátrica. Para ello debe definirse los niveles de colesterol total (CT) y de baja densidad (C-LDL) adecuados y patológicos, identificar a los niños y adolescentes de riesgo y establecer unas normas preventivas y terapéuticas.

Dado que la arteriosclerosis es la principal causa de morbi-mortalidad en los países desarrollados, su prevención debe iniciarse cuando se inicia el proceso, es decir, en la edad pediátrica

Existen diferencias en las concentraciones de colesterol en función de la edad, sexo, desarrollo puberal. De modo práctico debe considerarse como hipercolesterolemia concentraciones de CT y C-LDL superiores al percentil 95: C-Total \geq 200 mg/dl y C-LDL $>$ 130 mg/dl.

Sigue habiendo controversia sobre cómo efectuar el cribado para la identificación de riesgo

En cualquier caso, sobre todo si no se dispone de historia familiar, el pediatra debe valorar el realizar cribado si existe una dieta muy desequilibrada mantenida durante largos periodos, o existen otros factores de riesgo: tabaquismo, hipertensión, dietas con alto contenido en grasa, diabetes y/o sedentarismo

A los niños y adolescentes en los que esté indicado el cribado se debe determinar el C-total, y si éste es inferior a 200 mg/dl se les debe repetir el estudio analítico cada 5 años, dado que son población de riesgo

Clasificación de las concentraciones de C-Total y C-LDL en base a su riesgo aterogénico

Para evaluar el riesgo de ECV en función de los niveles de C-Total, C-LDL, C-HDL y triglicéridos, el Programa Nacional de Educación en Colesterol de EE.UU ha propuesto una clasificación para niños mayores de 2 años y adolescentes con antecedentes familiares de hipercolesterolemia o ECV precoz (Tabla I). Existen diferencias en las concentraciones de colesterol en función de la edad, sexo, desarrollo puberal. De modo práctico debe considerarse como hipercolesterolemia concentraciones de CT y C-LDL superiores al percentil 95: C-Total \geq 200 mg/dl y C-LDL $>$ 130 mg/dl. Estos valores percentilados se establecieron en 1981 antes del incremento de la prevalencia de la obesidad en todos los países desarrollados, por lo que en presencia de obesidad muy probablemente estos puntos de corte deberían ser inferiores.

Además de los valores reseñados para el CT y el C-LDL, deben considerarse anormales en niños y adolescentes los niveles de triglicéridos mayores de 150 mg/dl y los niveles de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (C-HDL) menores de 35 mg/dl.

Identificación de la población pediátrica de riesgo aterogénico

Sigue habiendo controversia sobre cómo efectuar el cribado para la identificación de riesgo. Existen 3 posibilidades: universal; en cascada a partir de un familiar de primer grado con diagnóstico genético de hipercolesterolemia familiar, independientemente de las cifras de C-Total; selectivo en niños con historia familiar de ECV y/o hipercolesterolemia en uno de los progenitores.

El Panel de Expertos de National Heart, Lung, and Blood Institute de EEUU ha hecho las siguientes recomendaciones:

- a) No cribado en menores de 2 años.
- b) Cribado universal: de 9 a 11 años y en mayores de 17 años, ya que a estas edades las concentraciones de CT son estables.
- c) De 2 a 8 años y de 12 a 16 años, no cribado excepto si existe alguno de los siguientes factores de riesgo:
 - Padres o abuelos (hombres menores de 55 años y mujeres menores de 65 años) que hayan padecido angor, infarto de miocardio, enfermedad vascular cerebral o periférica o muerte súbita.
 - Uno o ambos padres con CT \geq 240 mg/dl.
 - Niños con diabetes, hipertensión, sobrepeso u obesidad, y/o tabaquismo.

Hay que tener presente que si se hace cribado sólo por historia familiar se pierde más del 30% de los casos de hipercolesterolemia familiar.

En cualquier caso, sobre todo si no se dispone de historia familiar, el pediatra debe valorar el realizar cribado si existe una dieta muy desequilibrada mantenida durante largos periodos, o existen otros factores de riesgo: tabaquismo, hipertensión, dietas con alto contenido en grasa, diabetes y/o sedentarismo.

En caso de coexistir sobrepeso u obesidad con dislipidemia, debe realizarse cribado de otros componentes del síndrome metabólico, como resistencia a la insulina, diabetes tipo 2, hipertensión o adiposidad de predominio central.

Pauta diagnóstica

A los niños y adolescentes en los que esté indicado el cribado se debe determinar el C-Total, y si éste es inferior a 200 mg/dl se les debe repetir el estudio analítico cada 5 años, dado que son población de riesgo.

Si la concentración de CT es superior a 200 mg/dl, se debe repetir el análisis en condiciones estandarizadas (con dieta normal, tras 12 horas de ayuno) con determinación de C-HDL, C-LDL, triglicéridos y,

si es posible, apoproteínas B y AI. Si el C-LDL es inferior a 110 mg/dl, se debe controlar analíticamente cada 5 años. Si el C-LDL está entre 110 y 129 mg/dl, se debe hacer unas recomendaciones dietético-nutricionales y aumentar la actividad física; controlar anualmente. Si es superior a 130 mg/dl, se debe reevaluar al paciente excluyendo otras causas de hipercolesterolemia, siendo las más frecuentes en la edad pediátrica el hipotiroidismo, consumo de alcohol, ciertos medicamentos (contraceptivos, corticoides, anabolizantes, etc.); otras enfermedades que cursan con hipercolesterolemia suelen dar sintomatología evidente de la enfermedad primaria y la hipercolesterolemia no es el principal problema: diabetes, hepatopatías, síndrome nefrótico, enfermedades de depósito, etc. Una vez confirmado que se trata de una hipercolesterolemia primaria, se debe diagnosticar la enfermedad causante de la misma, lo cual es importante puesto que el riesgo de arteriosclerosis y ECV es diferente para cada enfermedad (Tabla II). Las enfermedades más frecuentes que cursan con hipercolesterolemia primaria detectables en la edad pediátrica son:

- Hipercolesterolemia familiar heterocigota. Es autosómica dominante, con riesgo elevado de enfermedad vascular. Su diagnóstico requiere C-LDL del paciente y de uno de los progenitores en percentil mayor de 98 (aproximadamente ≥ 150 y ≥ 170 mg/dl, respectivamente), y otro familiar (tíos, abuelos) con CT > 300 mg/dl y/o antecedentes de ECV. Se debe sospechar hipercolesterolemia familiar homocigota con C-LDL ≥ 500 mg/dl o si tras tratamiento farmacológico es ≥ 300 mg/dl, especialmente si existen xantomas antes de los 10 años. Es recomendable el estudio genético para establecer un diagnóstico inequívoco, dar pronóstico y poder efectuar el cribado familiar.
- Hiperlipemia familiar combinada. Herencia mendeliana dominante, con expresión incompleta en la infancia. Riesgo aumentado de enfermedad vascular, aunque menor que en caso anterior. Su diagnóstico requiere C-LDL y triglicéridos en percentil mayor de 95 (aproximadamente > 130 - 140 mg/dl, y > 110 mg/dl, respectivamente), pudiendo estar ambos elevados, o sólo uno de estos parámetros, y pudiendo ir cambiando este patrón. Las lipoproteínas de uno de los progenitores deben tener igual comportamiento (C-LDL y triglicéridos superiores a 160 y 170 mg/dl, respectivamente). Suele haber historia familia de obesidad, diabetes tipo 2 o gota.
- Hipercolesterolemia poligénica. Es la más frecuente de las hipercolesterolemias primarias y la de riesgo menos elevado. Se caracteriza por C-LDL discretamente elevado, mayor de 130 mg/dl, con padres y hermanos con concentraciones similares (agregación familiar).

Una vez confirmado que se trata de una hipercolesterolemia primaria, se debe diagnosticar la enfermedad causante de la misma, lo cual es importante puesto que el riesgo de arteriosclerosis y ECV es diferente para cada enfermedad

Tratamiento de las dislipemias primarias

El objetivo inicial del tratamiento de la hipercolesterolemia es la reducción de los niveles de lípidos plasmáticos por debajo de las cifras de partida. El objetivo del tratamiento se muestra en la Tabla II. Esta meta es aplicable tanto en el caso de abordaje con dieta y cambios en el estilo de vida, como si se realiza además tratamiento farmacológico.

Recomendaciones dietéticas

Tras el diagnóstico debe instaurarse una dieta dirigida a conseguir un estilo de vida saludable desde el punto de vista de la prevención cardiovascular cuyas características no difieren de las de una dieta prudente recomendable para toda la población pediátrica sana:

- Calorías adecuadas para mantener el crecimiento
- Aporte lipídico del 30-35 % de las calorías totales
- Ácidos grasos saturados < 8 - 10% de las calorías totales
- Ácidos grasos monoinsaturados de 10-15 % de las calorías
- Ácidos grasos poliinsaturados entre el 6 y 10 % del total de calorías
- Colesterol máximo diario de 300 mg, aunque quizás sería más aconsejable la recomendación de 100 mg/1.000 calorías
- Restricción de ácidos grasos con isómeros trans (< 1 % de calorías)
- Fibra dietética de 8 a 28 g (dependiendo de la edad)

Estas son las características generales de la dieta más comúnmente aceptadas aunque existen algunas diferencias en las recomendaciones hechas por diferentes entidades científicas, fundamentalmente con respecto al aporte de lípidos. Por ello se ha ideado diferentes estrategias para optimizar la ingesta

Debe instaurarse una dieta dirigida a conseguir un estilo de vida saludable desde el punto de vista de la prevención cardiovascular cuyas características no difieren de las de una dieta prudente recomendable para toda la población pediátrica sana

de grasa y aumentar la calidad de la misma. Asimismo, aunque se dispone de pocas evidencias en pediatría, basándose en datos de adultos se recomienda que la dieta aporte alimentos ricos en antioxidantes, esteroles y estanoles (a partir de los 6 años 1,5 a 2 g/día), prebióticos, etc.

Dadas las características de la dieta actual de la población española, las recomendaciones a realizar son:

- 1º. Disminuir la ingesta total de grasa y especialmente de grasa saturada: disminuir consumo de carne, embutidos, mantequilla/margarina, quesos cremosos, etc.
- 2º. Aumentar la calidad de la grasa consumida: aumentar aporte de pescados (que debe ser superior al de carnes) y de aceite de oliva.
- 3º. Disminuir consumo de colesterol: disminuir aporte de huevos, vísceras y bollería industrial.
- 4º. Aumentar el aporte de frutas, ensaladas y verduras.

Esta dieta saludable sirve para la población general y para los pacientes afectos de cualquier dislipemia. La hipercolesterolemia familiar responde muy parcialmente a la dieta por lo que suele ser necesario una dieta que difiere de la anterior en el aporte de ácidos grasos saturados (<7%) y de colesterol (< 200 mg/día). A efectos prácticos se deben extremar las medidas de la dieta indicada en lo referente a alimentos ricos en grasa saturada (utilizar alimentos lácticos desnatados, carnes magras, pollo sin piel, procesos culinarios sencillos, etc.), así como restringir los alimentos ricos en colesterol (yemas, vísceras, etc.). Asimismo hay que mejorar la calidad del aporte lipídico con alimentos como pescados y aceite de oliva ayuden a aumentar el C-HDL por su contenido.

Siempre que se pauten un tratamiento dietético que incluya limitación de la ingesta de algunos alimentos, se requiere una planificación cuidadosa para asegurar una ingesta adecuada y correctamente proporcionada de calorías, vitaminas y minerales.

El gran problema de la dieta es lograr la adherencia a la misma, mantenida en el tiempo, en cualquier edad pero especialmente en adolescentes.

Siempre que se pauten un tratamiento dietético que incluya limitación de la ingesta de algunos alimentos, se requiere una planificación cuidadosa para asegurar una ingesta adecuada y correctamente proporcionada de calorías, vitaminas y minerales

Los niños mayores de 5 años deben hacer 1 hora, 3 días por semana, y los mayores de 11 años 1 hora cada día de una actividad física moderada o intensa, dependiendo del grado de riesgo individual que tengan

Actividad física

Además de la dieta, el papel de la actividad física como factor independiente protector frente al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, ha sido ampliamente estudiado. Hay que educar al niño en una vida activa en la que se practiquen habitualmente una serie de movimientos cotidianos como andar, pasear, subir escaleras, etc. Los niños mayores de 5 años deben hacer 1 hora, 3 días por semana, y los mayores de 11 años, 1 hora cada día de una actividad física moderada (andar más de 2,5 km a una velocidad mayor de 5 km por hora) o intensa (andar más de 5 km a una velocidad mayor de 5 km por hora), dependiendo del grado de riesgo individual que tengan. En todos los casos se debe disminuir las actividades sedentarias (televisión, juegos de ordenador, etc.) a menos de 2 horas al día.

Tratamiento farmacológico

La hipercolesterolemia familiar heterocigota responde parcialmente al tratamiento dietético y muy a menudo de manera insuficiente, por lo que hay que plantear el tratamiento farmacológico. En la hipercolesterolemia familiar homocigota es siempre necesario este tratamiento.

Si tras un mínimo de 6-12 meses con tratamiento dietético, la concentración de C-LDL es superior a 190 mg/dl, o a 160 mg/dl y además existen otros dos factores de riesgo, debe valorarse el tratamiento farmacológico (Tabla III). El paciente debe ser evaluado individualmente y a poder ser con el máximo de datos, por lo que es recomendable la realización de factores de riesgo "emergentes" identificados más recientemente, tanto en adultos como en niños (fibrinógeno, homocisteína, lipoproteína (a), PAI 1, parámetros hemorreológicos, etc.), e insistir en otros factores que pueden haber pasado desapercibidos (consumo de alcohol, contraceptivos, tabaquismo...), etc., además de los factores de riesgo clásicos (historia familiar de ECV precoz, hipertensión, obesidad, CHDL <35 mg/dl, diabetes, sedentarismo).

Se recomienda no iniciar tratamiento farmacológico antes de los 10 años, aunque cada caso debe ser valorado individualmente, para lo que puede ser de utilidad la evolución de la medida del grosor de la íntima-media de la carótida, así como los otros factores de riesgo citados. Otra técnica no invasiva que se está desarrollando para la valoración de la progresión de la arteriosclerosis es la dilatación de

Si tras un mínimo de 6-12 meses con tratamiento dietético, la concentración de C-LDL es superior a 190 mg/dl, o a 160 mg/dl y además existen otros dos factores de riesgo, debe valorarse el tratamiento farmacológico

la arteria radial mediada por flujo. En función de la historia familiar, los factores de riesgo clásicos y emergentes, y los datos proporcionados por las técnicas citadas, el especialista puede decidir el inicio más temprano del tratamiento farmacológico.

Los fármacos más empleados actualmente en el tratamiento de las dislipemias son las estatinas. Clásicamente se recomendaban las resinas fijadoras de ácidos biliares (colestiramina y colestipol) pero por su menor eficacia y por sus efectos secundarios (malabsorción de vitaminas liposolubles, estreñimiento, dolor abdominal) así como por su baja palatabilidad, estos medicamentos han caído en desuso. Un nuevo fármaco de este grupo, el colesevelam, tiene muchos menos efectos secundarios aunque la experiencia pediátrica es limitada.

Las estatinas son los fármacos de primera línea por su capacidad de disminuir los niveles de C total y de C-LDL en torno a 18-40%. El tratamiento no se debe iniciar antes de los 10 años en niños y, preferiblemente, después de la menarquia en niñas. Las estatinas utilizables en pediatría son la lovastatina, simvastatina, atorvastatina, pravastatina y rosuvastatina. La pitavastatina no está indicada en pacientes menores de 18 años (según la ficha técnica del producto). Existen diferencias entre las diferentes estatinas tanto en su capacidad de disminuir las concentraciones de C-LDL como en otros efectos (antiinflamatorios, inmunomoduladores, antitrombóticos, etc.), actualmente en estudio, por lo que en el futuro estos efectos pleiotrópicos deberán tenerse en cuenta al escoger una estatina. Las dosis iniciales son de 10-20 mg en dosis única diaria, variando según la estatina y la respuesta bioquímica.

Previamente al inicio del tratamiento con estatinas debe realizarse una determinación de los niveles basales de transaminasas y fosfocreatinaquinasa (CPK), que debe ser repetida, junto con el análisis de lipoproteínas, a las 4 semanas de iniciada la terapia. Las estatinas están contraindicadas en el embarazo, lo que debe advertirse a las adolescentes.

Los efectos adversos de las estatinas son más frecuentes en los adultos e incluyen trastornos gastrointestinales, elevación de las transaminasas hepáticas, elevación de la CPK, mialgias y, más raramente, episodios de rabiomilosis.

A la población de alto riesgo, que con estatinas no se le consigue disminuir de manera importante la concentración de C-LDL, existe la posibilidad de añadir ezetemibe, inhibidor de la absorción intestinal del colesterol tanto el dietético como el de origen biliar, autorizado por la EMA a partir de los 10 años a la dosis de 10 mg/día. Utilizado conjuntamente con una estatina los efectos se potencian. En los estudios publicados hasta el momento que han incluido población pediátrica, la tolerancia y la seguridad han sido buenas.

En la hipercolesterolemia familiar homocigota se debería empezar el tratamiento farmacológico en cuanto se diagnostique al paciente. Suele haber una mala respuesta al tratamiento farmacológico por lo que se debe valorar la efectuar una LDL-plasmaféresis a partir de los 6 años.

Actualmente existen nuevos fármacos para el tratamiento de la hipercolesterolemia familiar homocigota y heterocigota grave con mala respuesta al tratamiento convencional como el lomitapide y mipomersen. Su mecanismo de acción es mediante la reducción de la producción de VLDL hepática, independientemente de los receptores-LDL hepáticos. Su uso en pediatría está aún en fase de ensayo clínico.

En pacientes con hipertrigliceridemia grave (triglicéridos > 50 mg/dL), con riesgo de pancreatitis, especialmente con historia familiar positiva, se debe valorar tratamiento con fibratos, aunque la experiencia pediátrica es limitada. Antes de empezar el tratamiento se debe pedir consentimiento informado.

Referencia a un centro especializado

Debe realizarse en pacientes con C-LDL mayor de 150-160 mg/dl tras tratamiento dietético en los que exista: a) historia familiar positiva importante (angor, infarto, enfermedad vascular cerebral o periférica en padres o abuelos menores de 55 años); b) patrón lipoproteico cambiante; c) indicación de tratamiento farmacológico; d) coexistencia de dos o más factores de riesgo clásicos (citados anteriormente); e) posibilidad de que se trate de una hipercolesterolemia secundaria, para estudio. Estas indicaciones deben haber sido consensuadas entre los pediatras de Atención Primaria y su Centro de Referencia.

Se recomienda no iniciar tratamiento farmacológico antes de los 10 años, aunque cada caso debe ser valorado individualmente

Los fármacos más empleados actualmente en el tratamiento de las dislipemias son las estatinas

Las estatinas son los fármacos de primera línea por su capacidad de disminuir los niveles de C total y de C-LDL en torno a 18-40%

Tablas y figuras

Tabla I. Concentraciones de lípidos plasmáticos (mg/dL)

| | aceptable | límite | alto |
|---------------|-----------|-----------|-------|
| C-Total | < 170 | 170 - 199 | ≥ 200 |
| C-LDL | < 110 | 110 - 129 | ≥ 130 |
| C-HDL | > 45 | 40 - 45 | - |
| Triglicéridos | < 75 | 75 - 99 | ≥ 100 |
| - 0-9 años | | | |
| - 10-19 años | < 90 | 90-129 | ≥ 130 |
| Apoproteína B | < 90 | 90 - 109 | ≥ 110 |

Tabla II. Riesgo de arteriosclerosis en diferentes enfermedades

| 1. Alto riesgo |
|---|
| <p>1.1. Enfermedades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hipercolesterolemia familiar homocigota Diabetes mellitus tipo 1 Enfermedad renal crónica, insuficiencia renal Tras trasplante cardíaco Enfermedad de Kawasaki con aneurismas coronarios <p>1.2. Objetivo del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> C-LDL ≤ 100 mg/dL IMC ≤ 85% para la edad y sexo Tensión arterial ≤ 90% para la edad y sexo Glucemia en ayunas < 100 mg/dL, Hb A 1c < 7% |
| 2. Riesgo moderado |
| <p>2.1. Enfermedades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hipercolesterolemia familiar heterocigota Enfermedades inflamatorias crónicas: lupus eritematoso, artritis reumatoide, etc. Enfermedad de Kawasaki con regresión de aneurismas Diabetes mellitus tipo 2 <p>2.2. Objetivo del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> C-LDL ≤ 130 mg/dL IMC ≤ 90 % para la edad y sexo Tensión arterial ≤ 95 % para la edad y sexo Glucemia en ayunas < 100 mg/dL, Hb A 1c < 7% |
| 3. Riesgo medio |
| <p>3.1. Enfermedades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cardiopatías congénitas Tras tratamiento de cáncer Enfermedad de Kawasaki sin afectación de arterias coronarias <p>3.2. Objetivos del tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> C-LDL ≤ 160 mg/dL IMC ≤ 95% para la edad y sexo Tensión arterial ≤ 95 % para la edad y sexo Glucemia en ayunas < 100 mg/dL, Hb A 1c < 7% |

Tabla III. Concentraciones de C-LDL indicativas de tratamiento farmacológico

| CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE | TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO |
|--|---|
| NO OTROS FACTORES DE RIESGO DE ECV | LDL-Colesterol > 190 mg/dl a pesar del tratamiento dietético |
| OTROS FACTORES DE RIESGO DE ECV PRESENTES: | |
| — Obesidad | |
| — Hipertensión | |
| — Tabaquismo | |
| — Historia familiar de ECV en menores de 55 años | |
| POSIBILIDAD DE VALORACIÓN INDIVIDUALIZADA* | |
| Valoración de la progresión de la aterosclerosis: | |
| — Medición del espesor del grosor de la íntima- media de la carótida | LDL-Colesterol > 160 mg/dl a pesar del tratamiento dietético |
| Valoración de factores de riesgo emergentes: | |
| — Fibrinógeno | |
| — Homocisteína | |
| — Lipoproteína (a) | |
| — PAI 1 | |
| — Parámetros hemorreológicos | |

ECV: Enfermedad cardiovascular; C-LDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad.

PAI-1: (Inhibidor del activador del plasminógeno-1).

*Sólo en los pacientes que lo requieran, y dependiendo de la disponibilidad de efectuar estos estudios.

Bibliografía

- Carrillo L, Dalmau J, Martínez JR, Solá R, Pérez F. Grasas de la dieta y salud cardiovascular. *An Pediatr (Barc)* 2011; 74: 192.e1-192.e16.
- Canas JA, Sweeten S, Balagopal P. Biomarkers for cardiovascular risk in children. *Curr Opin Cardiol* 2013; 28: 103-14.
- Daniels SR, Pratt CA, Hayman LL. Reduction of risk for cardiovascular disease in children and adolescents. *Circulation* 2011; 124: 1673-1686.
- Gooding HC, de Ferranti SD. Cardiovascular risk assessment and cholesterol management in adolescents: getting to the heart of the matter. *Curr Opin Pediatr* 2010; 22: 398-404.
- Kavey REW, Simons-Morton DG, de Jesus JM (supplement editors). Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents. National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health. *American Academy Pediatrics. Pediatrics* 2011; 128 (suppl 5): s213-s256.
- Lozano P, Henrikson NB, Dunn J, Morrison CC, Nguyen M, Blasi PR, et al. Lipid screening in childhood and adolescence for detection of familial hypercholesterolemia: A systematic evidence review for the U. S. Preventive Services Task Force. Agency for Health Research and Quality; 2016. Report No 14-05204-EF-2. U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses.
- Mata P, Alonso R, Ruiz A, González-Juanatey JR, Badimón L, Díaz-Díaz JL, et al. Diagnóstico y tratamiento de la hipercolesterolemia familiar en España: documento de consenso. *Aten Primaria* 2015; 47: 56-65.
- Moráis A, Lama RA, Dalmau J, y Comité de Nutrición de la A.E.P. Hipercolesterolemia. Abordaje terapéutico. *An Pediatr (Barc)* 2009; 70: 488-496.
- Muñoz MT: Dislipemias. *Pediatr Integral* 2015; XIX (5): 355-364.
- Saltijeral A, Pérez de Isla L, Alonso R, Muñoz O, Díaz-Díaz JL, Fuentes F, et al. Attainment of LDL Cholesterol Treatment Goals in Children and Adolescents With Familial Hypercholesterolemia. *The SAFEHEART. Follow-up Registry. Rev Esp Cardiol.* 2017;70:444-450.
- Vuorio A, Kuoppala J, Kovanen PT, Humphries SE, Strandberg T, Tonstad S, Gylling H. Statins for children with familial hypercholesterolemia. (Review). *The Cochrane Library* 2011, Issue 5.

PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. El Panel de Expertos de National Heart, Lung, and Blood Institute de EE.UU. ha hecho varias de las siguientes recomendaciones excepto:**
 - a) Realizar cribado en menores de 2 años.
 - b) Cribado universal: de 9 a 11 años y en mayores de 17 años, ya que a estas edades las concentraciones de CT son estables.
 - c) No realizar cribado entre 2 a 8 años y de 12 a 16 años excepto si existe determinados factores de factores de riesgo familiares.
 - d) No realizar cribado entre 2 a 8 años y de 12 a 16 años excepto si presentan diabetes, hipertensión, sobrepeso u obesidad, y/o tabaquismo.
 - e) Todas son ciertas.

- 2. En relación al tratamiento dietético de las hipercolesterolemias, todas son ciertas excepto:**
 - a) El aporte lipídico del 30-35 % de las calorías totales.
 - b) Los ácidos grasos saturados <8-10% de las calorías totales y los ácidos grasos monoinsaturados de 10-15 % de las calorías.
 - c) Ácidos grasos poliinsaturados entre el 6 y 10 % del total de calorías.
 - d) Colesterol máximo diario de 300 mg, aunque quizás sería más aconsejable la recomendación de 100 mg/1.000 calorías.
 - e) Fibra dietética debe ser superior a 30 gramos.

- 3. Respecto al tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia..**
 - a) En la Hipercolesterolemia familiar homocigota es siempre necesario.
 - b) El paciente debe ser evaluado individualmente con los Factores de riesgo clásicos y otros Factores de riesgo emergentes: fibrinógeno, homocisteína...
 - c) Se aconseja no iniciar el tratamiento antes de los 10 años.
 - d) Los fármacos más utilizados son la estatinas.
 - e) Todas son ciertas.

Respuestas correctas en la página 78.e29

Problemas ortopédicos

J.A. Conejero Casares, M.D. Romero Torres. Médicos rehabilitadores. Unidad de Rehabilitación Infantil. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.

Resumen

La ortopedia infantil, ya sea en su vertiente conservadora-rehabilitadora o quirúrgica, ha experimentado un enorme desarrollo en los últimos tiempos gracias al perfeccionamiento de las técnicas de cribaje, al mejor conocimiento de la historia natural de la mayoría de las alteraciones más prevalentes, a la eficacia de los métodos no quirúrgicos (ortesis, corsés ...) y, sin duda, al continuo avance en la cirugía de los problemas más severos (osteosíntesis vertebral, cirugía tumoral, técnicas de fijación externa, ...). La patología del aparato locomotor supone el 20-30% de las consultas en atención primaria. En la adolescencia más de la mitad se refieren a la presencia de dolor músculo esquelético y en segundo lugar a las deformidades vertebrales.

Palabras clave: *Problemas ortopédicos; Adolescencia; Dolor musculoesquelético, Deformidades vertebrales.*

Abstract

Children's orthopedics, whether in its conservative-rehabilitating or surgical approach, has undergone enormous development in recent times thanks to the improvement of screening techniques, the better knowledge of the natural course of the most prevalent alterations, the effectiveness of non-surgical methods (orthoses, corsets ...) and, undoubtedly, to the continuous progress in surgery of the most severe problems (vertebral osteosynthesis, tumor surgery, external fixation techniques, ...). The pathology of the locomotor system means 20-30% of consultations in the primary health care setting. In adolescence more than half complain of musculoskeletal pain and in second place, of vertebral deformities.

Key words: *Orthopedic problems; Adolescence; Musculoskeletal pain; Vertebral deformities.*

La patología del aparato locomotor supone el 20-30% de las consultas en atención primaria. En la adolescencia más de la mitad se refieren a la presencia de dolor músculo esquelético y en segundo lugar a las deformidades vertebrales

La escoliosis está definida radiológicamente como una curvatura de la columna vertebral con un ángulo de Cobb de 10 o más, con rotación

Introducción

La adolescencia es el período de la vida humana que sigue a la niñez y precede a la juventud (DRAE). Tanto la palabra adolescente como adulto derivan del latín *adolescere* (crecer) y no de la segunda acepción también del latín *estar carente de algo*. En la adolescencia se produce el segundo pico de crecimiento del aparato locomotor y es debido a este motivo y al aumento de la actividad física y deportiva por el que se produce la mayor parte de la patología en esta edad.

De forma global la patología del aparato locomotor supone el 20-30% de las consultas en atención primaria. En la adolescencia más de la mitad se refieren a la presencia de dolor músculo esquelético y en segundo lugar a las deformidades vertebrales.

Presentamos una orientación sencilla para que el pediatra de atención primaria mejore el diagnóstico y el tratamiento en los casos más comunes y realice derivaciones bien razonadas tanto a Rehabilitación como a Cirugía Ortopédica Infantil.

Deformidades vertebrales

Escoliosis

Es una deformidad tridimensional del raquis, en la que se asocia una curvatura o flexión lateral en el plano frontal con una rotación vertebral en el plano transversal, y a veces con desviaciones en el plano sagital (cifosis y lordosis). La escoliosis está definida radiológicamente como una curvatura de la columna vertebral con un ángulo de Cobb de 10 o más, con rotación.

La escoliosis se puede clasificar en base a la etiología (idiopática, congénita, neuromuscular, sindrómica, toracógena y otras), la edad (infantil en menores de 3 años, juvenil de 3 a 10 años, del adolescente, en mayores de 10 años y del adulto), el tipo de curva (simple y doble), la localización de la curva (cervical, cérvico-dorsal, dorsal, dorso-lumbar, lumbar y lumbo-sacra) y según el valor angular (leve: menores de 20°, moderada: entre 20 y 40° y grave: mayores de 40°).

La escoliosis idiopática representa el 80-85% del total. Se considera como una enfermedad hereditaria, con base genética, ligada al sexo, con penetrancia incompleta y expresividad variable, con una forma de herencia multifactorial, en la que podría haber varias posibles causas o factores que actuarían alterando el frágil equilibrio que mantiene un raquis normal durante el crecimiento. La escoliosis idiopática del adolescente es asintomática, aparece a los 10-11 años en las niñas y 12-13 en los niños, con una prevalencia del 2% para curvas mayores de 20°. Después de alguna polémica sobre su utilidad, se recomienda el despistaje escolar de la escoliosis idiopática del adolescente ya que la detección en la consulta médica es poco probable.

El diagnóstico incluye la anamnesis (circunstancia que determinó su descubrimiento), el examen físico (test de Adams con escoliómetro de Bunnell en bipe, sedestación y prono) (Figura 1) y una exploración neurológica y ortopédica básica. Se solicitará telerradiografía pósterio-anterior y lateral de columna vertebral completa en bipe, cuando la giba sea mayor de 5° en prono. En la radiografía se valorará: tipo y localización de la curva, vértebras límite y vértice, valor angular según el método de Cobb, rotación vertebral con el método de Perdriolle/Maguelone, test de Risser y factor de progresión de Lonstein. La RM será necesaria en escoliosis juvenil, curvas torácicas izquierdas, presencia de dolor y progresión importante.

El tratamiento depende del valor angular y del riesgo de progresión. En curvas menores de 20° se recomienda controles clínicos cada 3 meses; en curvas entre 20 y 40° la reducción ortopédica enyesada y el uso de corsés han demostrado ser eficaces en el control de la evolución (corsé de Milwaukee, si la vértebra vértice es superior a T6; corsé lyonés, de Málaga o de Cheneau en curvas dorsales o dorso-lumbares y corsé de Boston o Michel en las lumbares). En relación al riesgo de empeoramiento se decidirá el uso nocturno (8h/día), tardes y noches (16h/día) o a tiempo completo (23h/día). La cirugía se recomienda en aquellos casos que superen los 40° al final de la madurez esquelética.

Cifosis

El aumento de la cifosis dorsal (superior a 45° medida clínicamente con inclinómetro de burbuja o radiológicamente) denominada como cifosis simplemente y no hipercifosis puede ser angular (cifosis congénita, espondilo-discitis y postraumática) o regular/armónica (cifosis postural, cifosis idiopática, enfermedad de Scheuermann, osteogénesis imperfecta, mucopolisacaridosis,...). La actitud cifótica es común en adolescentes y se relaciona, habitualmente con vicios posturales. No produce dolor y se corrige de forma activa. La cifosis idiopática es una deformidad que no se corrige pasivamente y debe tratarse mediante fisioterapia y ortesis.

La enfermedad de Scheuermann es una cifosis rígida que afecta al 1-8% de la población y que se caracteriza por un valor angular superior a 45°, acuñamiento > 5° al menos en 3 vértebras, irregularidades en los platillos vertebrales y disminución del espacio discal (Sørensen, 1964). Puede cursar con dolor mecánico e hiperlordosis flexible cervical y lumbar. El diagnóstico es claro cuando se aprecian los signos radiológicos y no suelen ser necesarios otros estudios de imagen. El tratamiento depende de la magnitud de la deformidad: cinesiterapia aislada en menores de 50°, cinesiterapia, reducción ortopédica y corsés (Swan o kyphologic brace) entre 50 y 70° y cirugía en mayores de 70°.

Espondilolisis / Espondilolistesis

La espondilolistesis es el deslizamiento de una vértebra sobre otra (la más frecuente L5 sobre S1) (Figura 2). Es la causa más frecuente de dolor lumbar en el adolescente cuando se consigue establecer la causa. Se clasifica en 5 tipos:

- I Displásica: deficiencia congénita de la faceta superior se S1 o del arco de L5,
- II Ístmica: fractura de estrés en la pars interarticularis o espondilólisis,
- III Traumática: fractura aguda del pedículo o la lámina,
- IV Degenerativa: pseudoespondilolistesis, afecta a adultos y es más frecuente entre L4 y L5 y
- V Patológica: con afectación de la estructura ósea en osteogénesis imperfecta, neurofibromatosis o neoplasias.

La escoliosis se puede clasificar según su etiología, edad de la persona, tipo de curva, localización y valor angular

La escoliosis idiopática representa el 80-85% del total. Se considera como una enfermedad hereditaria, con base genética, ligada al sexo, con penetrancia incompleta y expresividad variable, con una forma de herencia multifactorial

El tratamiento depende del valor angular y riesgo de progresión. En curvas menores de 20° se recomienda controles clínicos cada 3 meses; entre 20 y 40° la reducción ortopédica enyesada y el uso de corsés. La cirugía se recomienda en aquellos casos que superen los 40° al final de la madurez esquelética

En los adolescentes, la espondilolisis o espondilolistesis son más frecuentes las de tipo II o ístmica y se relaciona con movimientos repetidos de extensión de la columna lumbar como ocurre en la gimnasia rítmica o el piragüismo

El dolor vertebral es frecuente en niños y sobre todo en adolescentes (27-71%)

La anteversión femoral se controla evitando la postura de sedestación en W, fortaleciendo la musculatura abductora y rotadora externa de la cadera y, excepcionalmente, con cirugía

En los adolescentes son más frecuente las de tipo II o ístmica y se relaciona con movimientos repetidos de extensión de la columna lumbar como ocurre en la gimnasia rítmica o el piragüismo.

Cursa con dolor lumbar aislado o con irradiación aunque hay casos asintomáticos que se descubren por un aumento de la lordosis lumbar o una escoliosis leve asociada. El examen físico de la estática y movilidad vertebral, la presencia de rigidez de isquiotibiales (signo de Bado) y una exploración neurológica convencional asociada a la medición del deslizamiento (grados de Meyerding) con una radiología simple son suficientes para establecer el diagnóstico con certeza.

El tratamiento depende de la presencia de espondilólisis, el porcentaje de deslizamiento, la estabilidad de la deformidad y la sintomatología. En casos asintomáticos y con escaso deslizamiento se recomienda fortalecimiento de la musculatura paravertebral, abdominal y glútea, higiene postural y recomendaciones sobre actividad física y deporte (evitar la hiperextensión). Si hay espondilolisis y dolor se recomienda un corsé lumbar con lordosis corregida. Si el deslizamiento es grave y hay dolor o clínica neurológica está indicada la fijación quirúrgica in situ.

Dolor vertebral

Desde la afirmación clásica de King en 1984: "El dolor vertebral en el niño no es frecuente. Debe emprenderse un método diagnóstico agresivo para evitar que graves problemas pasen desapercibidos" han cambiado mucho las cosas. El dolor vertebral es frecuente en niños y sobre todo en adolescentes (27-71%). Se ha relacionado con diferentes factores, algunos claros (adolescencia, sobrepeso, deporte competitivo, sedentarismo, rigidez de isquiotibiales y cuádriceps, tabaquismo y factores psicosociales) y otros no tanto (edad, acarreo de peso).

Se manifiesta, habitualmente, por dolor difuso en la región dorsal y lumbar de evolución variable, de escasa intensidad, que aparece con posturas mantenidas y que no produce limitación funcional. El examen físico no muestra datos de interés; no hay actitud antiálgica, la movilidad está conservada (ritmo lumbo-pélvico normal) y no hay puntos dolorosos localizados. Si no se cumplen estas características hay que pensar en una causa específica (en ocasiones grave). (Tabla I).

Para establecer el diagnóstico hay que realizar una minuciosa anamnesis del dolor: localización, forma de comienzo, tiempo de evolución, ritmo del dolor, presencia de dolor nocturno, rigidez matutina y factores desencadenantes y paliativos. El examen físico incluye la valoración de la actitud espontánea, la marcha, la movilidad espontánea, la evaluación de la estática vertebral, la movilidad pasiva segmentaria, la realización de signos clínicos (Schöber, Lasègue, Bado, Thomas,...) y una exploración neurológica básica.

Se solicitará analítica básica y un estudio radiológico cuando el dolor sea persistente (mayor de 2 meses), localizado, nocturno o con síntomas constitucionales, gammagrafía ósea cuando la radiología sea normal y sospechemos tumor, infección o fractura de estrés, resonancia magnética cuando el examen neurológico sea anormal y TAC para precisar lesiones óseas.

El tratamiento del dolor "mecánico" incluye control del sobrepeso, la realización de actividad física aeróbica regular, control postural adecuado y evitar hábitos tóxicos. En pocos casos hay que recurrir a la fisioterapia o al uso de corsés de forma temporal.

Deformidades de miembros inferiores

Las deformidades de los miembros inferiores presentes en la adolescencia son aquellas que aparecieron en la infancia y en la pre-adolescencia y que no se han corregido con tratamiento conservador, no han sido relevantes clínicamente o, por el contrario necesitan un tratamiento quirúrgico. Afectan sobre todo a la rodilla.

Deformidades rotacionales de miembros inferiores

La marcha convergente o divergente es un motivo de consulta muy frecuente. Staheli ha estudiado con profundidad este problema, ha diseñado un protocolo riguroso de exploración (perfil rotacional) y ha establecido las pautas del tratamiento a seguir. Lo cierto es que se ven muchos niños con estos problemas y se tratan pocos; la anteversión femoral se controla evitando la postura de sedestación en W, fortaleciendo la musculatura abductora y rotadora externa de la cadera y, excepcionalmente, con cirugía (osteotomía derrotadora subtrocantérea) y la torsión tibial patológica responde bien a la ortesis tipo INMOYBA.

La desalineación fémoro-tibial (subluxación tibial externa) que puede presentarse aislada o secundaria al síndrome de mala alineación torsional (anteversión femoral más torsión tibial externa) puede relacionarse con dolor por incongruencia articular. Se trata con KAFO de termoplástico nocturna con presiones en tres puntos siempre que se verifique una corrección manual pasiva. En el adolescente la corrección es poco probable y hay que recomendar control del peso, fortalecimiento isométrico de cuádriceps y consejos de ergonomía articular.

En los casos de deformidad torsional hay que valorar además, si origina discapacidad, si se trata de deformidades aditivas o compensadoras y si existe empeoramiento progresivo (hay que descartar una enfermedad neurológica subyacente).

Deformidades angulares de la rodilla

Genu varo

No es frecuente en el adolescente. Las causas más comunes son la enfermedad de Blount y las lesiones fisarias, también se aprecia en diferentes osteocondrodisplasias y el raquitismo hipofosfatémico. Puede cursar con dolor en la cara interna de la rodilla y sensación de inestabilidad. A largo plazo produce gonartrosis fémoro-tibial interna. La exploración clínica incluye la medición del ángulo fémoro-tibial (AFT) con goniómetro con y sin carga, la medida de la distancia intercondílea y de la línea de carga. En la radiografía se mide el ángulo fémoro-tibial y el ángulo metafiso-diafisario (mayor de 11° en la enfermedad de Blount). El tratamiento conservador es muy limitado (control del peso, FO con cuña externa, fortalecimiento del cuádriceps): La cirugía es la opción de elección tanto en la enfermedad de Blount como en las osteocondrodisplasias.

Genu valgo

El genu valgo se presenta a partir de los 2 años, alcanza un pico de 8.10° a los 3-4 años y luego desciende paulatinamente hasta los 5° de un adulto normal. En el adolescente se suele asociar a hiperlaxitud articular y a sobrepeso. Las medidas son las mismas que en el genu varo y raras veces necesita tratamiento: casos severos – distancia intermaleolar superior a 10 cms, angulación mayor de 15° o casos unilaterales secundarios a lesión fisaria de diversa etiología.

Genu flexo

El genu flexo nunca es fisiológico por encima de los 6 meses y su presencia es común en la parálisis cerebral, el mielomeningocele, las artritis o la artrogriposis múltiple congénita. Determina una marcha agazapada poco funcional. El tratamiento incluye medidas posturales (sentarse con la rodilla estirada con o sin peso encima de la rodilla), fortalecimiento de cuádriceps, fisioterapia y ortesis (KAFO); si el flexo sobrepasa los 20° en el niño deambulante, está indicada la cirugía.

Genu recurvatum

El genu recurvatum es anodino en niños sin otra patología articular, pero supone un grave problema para un niño con enfermedad neurológica u ortopédica. En el genu recurvatum se producen presiones excesivas sobre los cartílagos y las epífisis de crecimiento con posible destrucción articular. El control ortopédico del genu recurvatum no es fácil: se recurre a ejercicios de fortalecimiento de isquiotibiales y bíceps femoral y al uso de ortesis nocturna (KO: ortesis sueca); en los casos graves también se adaptan rodilleras durante el día.

El genu valgo se presenta a partir de los 2 años, alcanza un pico de 8.10° a los 3-4 años y luego desciende paulatinamente hasta los 5° de un adulto normal. En el adolescente se suele asociar a hiperlaxitud articular y a sobrepeso

Dolor en miembros inferiores

El dolor en los miembros inferiores es un motivo frecuente de consulta en el adolescente. Los elementos clave a valorar son: número de articulaciones involucradas y su localización (oligo o poliarticular), características del dolor (intensidad, frecuencia, duración, ritmo, presencia de edema o eritema, interferencia con las actividades cotidianas, incapacidad para la carga, progresión a lo largo del tiempo), posibles factores desencadenantes (traumatismos, enfermedades previas, periodos de inactividad, incremento de la actividad física), presencia de otros síntomas o signos (fiebre, erupción cutánea, pérdida de peso, dolor abdominal, diarrea, síntomas oculares, entre otros), y el patrón de presentación (agudo o crónico, con o sin rigidez matutina, dolor errático o episodios recurrentes de artralgia y edema).

El dolor en los miembros inferiores es un motivo frecuente de consulta en el adolescente

Cadera

Epifisiolisis femoral proximal

La epifisiolisis femoral proximal es uno de los trastornos de la cadera más comunes en la adolescencia. La presentación clásica es la de un adolescente obeso con dolor sordo en la cadera, ingle, muslo o rodilla, que ocasiona cojera, y sin antecedentes de traumas previos

Se caracteriza por un desplazamiento de la epífisis capital femoral desde el cuello femoral a través de la placa fisaria. Es uno de los trastornos de la cadera más comunes en la adolescencia. La presentación clásica es la de un adolescente obeso con dolor sordo en la cadera, ingle, muslo o rodilla, que ocasiona cojera (Tabla II), y sin antecedentes de traumas previos. El dolor aumenta con la actividad física y puede ser crónico o intermitente.

La edad promedio de presentación es de 12 años en niñas y de 13.5 años en niños, con una relación hombre-mujer de aproximadamente 1.5: 1. La obesidad es un factor de riesgo significativo.

Para el diagnóstico se precisan radiografías simples, que revelan un desplazamiento posterior aparente de la epífisis femoral con alteración de la línea de Klein. Los primeros cambios radiográficos son ensanchamiento e irregularidad de la fisis, con adelgazamiento de la epífisis proximal, más visibles en la proyección lateral. Si la radiografía es normal, pero la sospecha de epifisiolisis precoz es alta, se solicitará una resonancia magnética. La presencia de ensanchamiento de la fisis con edema circundante, es diagnóstico de la enfermedad.

El tratamiento es quirúrgico. Se evitará la carga de peso hasta entonces y se mantendrá hasta 6-8 semanas tras la cirugía. El pronóstico está relacionado con la severidad del deslizamiento.

Rodilla

La localización del dolor es útil para reducir las posibles causas y determinar qué maniobras diagnósticas provocadoras se deben realizar. Básicamente debemos precisar la localización del dolor ya que supone una guía extraordinariamente útil para establecer la etiología con precisión (Tabla III).

Síndrome del dolor femoropatelar

El dolor fémoro-patelar (DFP) se considera una de las formas más comunes de dolor crónico de rodilla, que afecta tanto a adultos como adolescentes físicamente activos. Algunos prefieren el término dolor anterior de rodilla porque no siempre es reconocido el origen anatómico en la articulación fémoro-patelar. En una revisión de Smith BE et se estimó que la prevalencia anual del dolor fémoro-patelar en la población general fue del 22.7% y la del adolescente del 28.9%. En cuanto a la incidencia encontraron en un estudio sobre mujeres atletas adolescentes una tasa de incidencia (para una temporada) de 0.97-1.09 por 1.000 atletas, en otro estudio con adolescentes que participaron en educación física durante dos temporadas (sexo desconocido) una tasa de incidencia de 42.6 casos por 1.000 años-persona y otro estudio sobre corredores de la escuela secundaria (sexo mixto) informó que la tasa de incidencia en una temporada fue del 5.1%.

Los pacientes con DFP se quejan de dolor al subir y bajar escaleras, al correr o ponerse en cuclillas, así como al levantarse de la posición de sentado (signo del "teatro" o "aficionado al cine"). En los pacientes deportistas el inicio de los síntomas puede estar relacionado con un cambio en la rutina de entrenamiento. El dolor puede ocurrir en una o ambas rodillas, y a menudo está mal localizado "debajo" o "alrededor" de la rótula. El diagnóstico es clínico, obligando a descartar otras causas de dolor anterior de rodilla.

En este momento, no hay consenso ni suficiente evidencia científica para guiar el manejo de los pacientes con DFP. El tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) pueden aliviar el dolor a corto plazo. Existen pruebas contradictorias acerca del efecto del glucosaminoglicano polisulfato. El esteroide anabolizante nandrolona, podría resultar eficaz, pero los riesgos asociados exigen sumo cuidado si se utiliza para el dolor fémoro-patelar, especialmente en los deportistas.

Existe evidencia de muy baja calidad, pero consistente de que la terapia mediante ejercicios puede resultar en una reducción clínicamente importante del dolor y una mejora en la capacidad funcional, así como también en la mejora de la recuperación a largo plazo, aunque no hay pruebas suficientes para determinar cuál es la mejor forma de terapia. Existen pruebas de muy baja calidad, de que los ejercicios de cadera y rodilla, pueden ser más efectivos para reducir el dolor que el ejercicio solo de rodilla.

No existe evidencia para recomendar el uso de las ortesis de rodilla para el tratamiento de DFP, ni sobre el modo o la duración del uso de la ortesis de rodilla.

Un plan terapéutico debería empezar con la modificación de la actividad que desencadena el dolor, medidas antiinflamatorias con frío, medicación vía oral con antiinflamatorios no esteroideos, y en alguna ocasión inyección intra-articular con corticoides. La terapia física debe realizarse siempre sin dolor, por el contrario, podría ser contraproducente.

En el dolor femoropatelar los pacientes se quejan de dolor al subir y bajar escaleras, al correr o ponerse en cuclillas, así como al levantarse de la posición de sentado (signo del "teatro" o "aficionado al cine")

Enfermedad de Osgood-Schlatter

Es una lesión por sobreuso causada por la tensión repetitiva y tracción crónica en el centro de osificación secundario (apófisis) del tubérculo tibial que ocurre en adolescentes activos. El dolor en la cara anterior de la rodilla aumenta gradualmente con el tiempo y puede verse agravado por un traumatismo directo, correr, saltar o arrodillarse. El hallazgo físico característico es el dolor a la palpación, tumefacción y aumento de la temperatura sobre el tubérculo tibial con un examen de rodilla por lo demás completamente normal. Usualmente se trata de un proceso benigno y autolimitado, cuyos síntomas se resolverán cuando finalice la osificación de la tuberosidad anterior de la tibia. El curso habitual es de 6 a 18 meses, durante el cual los síntomas pueden aumentar y disminuir. El diagnóstico de la enfermedad de Osgood-Schlatter es clínico y sólo será necesario un estudio de imagen mediante radiografía, si se sospecha avulsión del tubérculo o si las características del dolor son atípicas.

El tratamiento suele ser conservador incluyendo medidas para el control del dolor (frío, analgésicos y/o antiinflamatorios no esteroideos) así como el mantenimiento de la actividad deportiva siempre que el dolor sea tolerado y se resuelva en 24 horas (la inactividad puede conducir a un desacondicionamiento y aumenta el riesgo de recurrencia u otra lesión después de regresar a la participación deportiva). Están contraindicadas las inmovilizaciones de rodilla. Se aconseja terapia física para el fortalecimiento y estiramiento de cuádriceps e isquiotibiales.

El tratamiento quirúrgico se plantea en aquellos casos en los que han fallado las medidas conservadoras y una vez cerrada la fisis proximal de la tibia. Parece que la escisión de la tuberosidad puede reducir los síntomas.

Osteocondritis disecante

La osteocondritis disecante (OCD) es una necrosis del hueso subcondral en el que se produce la separación de un segmento de hueso subcondral y cartilago articular del hueso subyacente, dejando un fragmento más o menos libre. Su etiología es desconocida, relacionándose en determinados casos con factores de tipo constitucional, hereditario, vascular o traumático.

El dolor de rodilla suele ser anterior o medial, y puede presentarse relacionado con una lesión específica o desarrollarse durante varios meses en paciente muy activos. En fases precoces o lesiones pequeñas el dolor es inespecífico, mal definido y relacionado con la actividad. A medida que avanza el proceso o cuando las lesiones son mayores, el paciente puede experimentar síntomas de bloqueo o inestabilidad, especialmente si hay un desprendimiento del fragmento.

A menudo existe dolor en el cóndilo femoral medial y la presencia del signo de Wilson puede ser útil, aunque en ocasiones no está presente en pacientes con OCD. La prueba de Wilson implica la reproducción del dolor a la exploración, rotando internamente la tibia durante una extensión de rodilla entre 90° y 30°, desapareciendo al realizar la rotación externa.

En la radiografía simple, se puede observar la lesión como un fragmento óseo subcondral rodeado por una zona radiotransparente en forma de media luna. La resonancia magnética será necesaria en pacientes con radiografía normal y síntomas sugestivos y persistentes.

Se definen 4 estadios:

- I - pequeño fragmento comprimido, no desplazado;
- II - fragmento parcialmente separado;
- III - fragmento completamente desprendido y no desplazado y
- IV - fragmento completamente desprendido y desplazado.

El tratamiento quirúrgico está justificado en aquellos pacientes en estadio IV o que no han respondido al tratamiento conservador al menos durante 4-6 meses. Las medidas conservadoras comprenden la limitación de la actividad deportiva de 6 a 8 semanas, con o sin inmovilización con yesos u ortesis (preferiblemente yesos en aquellos pacientes potencialmente no cumplidores del tratamiento), junto con un programa de fortalecimiento y estiramiento muscular con el fin de evitar la atrofia y las contracturas derivadas de la inmovilidad. El paciente podrá incorporarse paulatinamente a la práctica deportiva cuando esté asintomático y no tenga dolor al correr o saltar.

El diagnóstico de la enfermedad de Osgood-Schlatter es clínico y sólo será necesario un estudio de imagen mediante radiografía, si se sospecha avulsión del tubérculo o si las características del dolor son atípicas

La osteocondritis disecante es una necrosis del hueso subcondral en el que se produce la separación de un segmento de hueso subcondral y cartilago articular del hueso subyacente, dejando un fragmento más o menos libre

Tobillo y pie

El dolor en tobillo o pie en niños y adolescentes esqueléticamente inmaduros puede deberse a lesiones agudas o por sobreuso, o ser secundario a enfermedades sistémicas, infecciosas o neurológicas o estar relacionado con deformidades óseas. La anamnesis y el examen físico detallados, a menudo son suficientes para identificar la causa de dolor, no siendo necesarias las pruebas de imagen para establecer el diagnóstico (Tabla IV).

Enfermedad de Sever

La apofisitis posterior del calcáneo es una de las causas más frecuentes de dolor en el talón en niños y adolescentes físicamente activos. Es más frecuente en pacientes que practican deportes que implican carrera o salto o choque anormal en el talón que pueda dar lugar a microtraumatismos repetitivos y tracción excesiva en el área por el tendón de Aquiles.

De inicio insidioso, afecta más a niños entre los 10-15 años. Es bilateral en los dos tercios de los casos. Provoca cojera, molestias en el talón y, en ocasiones, tumefacción.

La radiografía no es necesaria salvo para descartar otras causas de dolor en el talón. Podrá apreciarse un aumento de la densidad y fragmentación de la epífisis posterior del calcáneo, pero esta imagen también es compatible con la normalidad, por lo que el diagnóstico de esta enfermedad es siempre clínico. La enfermedad de Sever ocurre en un rango muy estrecho de madurez esquelética en las etapas 1,2 y 3 (1: la apófisis cubre <50% de la metáfisis, 2: la apófisis cubre \geq 50% de la metáfisis, pero no se ha extendido al borde plantar y 3: extensión completa sobre la superficie plantar, la apófisis se extiende a 2 mm del borde plantar). Si un paciente está en la etapa 0 (sin osificación visible), 4 (se observa fusión de la apófisis, pero todavía hay intervalos visibles entre la apófisis y la metáfisis) o 5 (la fusión de la apófisis está completa) y, por lo tanto, no tiene hueso apofisario o tiene fusión parcial o completa de la apófisis, deben considerarse otros diagnósticos.

La resonancia magnética es útil cuando el dolor es severo y persistente, se acompaña de una radiografía normal y no mejora tras 4-8 semanas con las medidas habituales.

El tratamiento es conservador: reposo deportivo y de aquellas actividades que desencadenen dolor, medidas antiinflamatorias (frío local y antiinflamatorios no esteroideos vía oral si se precisan), estiramiento y fortalecimiento del complejo gemelo-soleo, elevación del talón para relajar el tendón de Aquiles y una talonera blanda y elástica (5 mm) para amortiguar el choque del talón con el suelo durante la marcha.

Coalición tarsal

Es la fusión congénita de uno o más huesos del tarso. La unión puede ser ósea (sinóstosis), cartilaginosa (sincondrosis) o fibrosa (sindesmosis). La incidencia es del 2% de la población aunque algunos casos pueden pasar desapercibidos. Las más frecuentes son la calcáneo-escafoidea (Figura 4), la talo-calcánea y la talo-escafoidea.

Se manifiesta en la adolescencia como pie plano rígido y con dolor progresivo, con contractura dolorosa de peroneos y limitación de la eversión e inversión. El diagnóstico se realiza por la radiología simple, el TAC y la RM. El tratamiento es quirúrgico.

La apofisitis posterior del calcáneo (Enfermedad de Sever) es una de las causas más frecuentes de dolor en el talón en niños y adolescentes físicamente activos. Es bilateral en los dos tercios de los casos. Provoca cojera, molestias en el talón y, en ocasiones, tumefacción

El tratamiento de la Enfermedad de Sever es conservador: reposo deportivo, medidas antiinflamatorias, estiramiento y fortalecimiento del complejo gemelo-soleo, elevación del talón para relajar el tendón de Aquiles y una talonera blanda y elástica (5 mm) para amortiguar la marcha

Tablas y figuras

Tabla I. Características del dolor vertebral mecánico y de causa específica en el adolescente

| Dolor vertebral mecánico | Dolor vertebral de causa específica |
|---|--|
| 1. Dolor: Discontinuo , ligero No repercusión funcional | 1. Dolor: Dolor continuo / persistente (más de 2 meses) Repercusión funcional clara |
| 2. Factores de riesgo: Mujer Adolescente Sedentarismo Deporte competitivo Tabaco | 2. Factores de riesgo: Varón Historia familiar positiva Edad < 4 años Antecedente traumático Sobrecarga mecánica evidente |
| 3. Exploración física: Sin hallazgos significativos Diagnóstico | 3. Exploración física: Rigidez Síndrome constitucional |
| 4. De exclusión : radiología / analítica | 4. Pruebas complementarias orientadas al diagnóstico de sospecha |

Tabla II. Causas comunes de cojera en el adolescente

| Cojera no dolorosa | Cojera dolorosa |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Parálisis cerebral • Miopatías congénitas • Distrofia miotónica de Steinert • Polineuropatías • Ataxia de Friedreich • Discrepancia de longitud de miembros inferiores | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Perthes • Epifisiolisis femoral proximal • Lesión de Osgood-Schlatter • Enfermedad de Sinding-Larsen-Johansson • Dolor fémoro-patelar • Coalición tarsal • Osteocondritis disecante • Fractura de estrés • Traumatismo • Tumor |

Tabla III. Causas de dolor crónico (> 6 semanas) en la rodilla en pacientes activos y esqueléticamente inmaduros

| Dolor anterior | Dolor medial | Dolor lateral | Dolor posterior |
|---|---|---|--|
| <p>Difuso</p> <ul style="list-style-type: none"> Síndrome de dolor fémoro-patelar Inestabilidad de rótula Fractura de rótula Osteocondritis disecante Dolor de cadera referido Dolor lumbar referido (radiculopatía L2/L3/L4) Tumores <p>Localizado</p> <ul style="list-style-type: none"> Osgood-Schlatter Sinding-Larsen-Johansson Tendinitis rotuliana y cuadricipital Síndrome de compresión de la grasa de Hoffa Lesión del ligamento cruzado anterior Rótula bi o tripartita Bursitis | <ul style="list-style-type: none"> Osteocondritis disecante Plica sinovial Tendinitis anserina Meniscopatia medial Lesión del ligamento colateral medial Fractura de estrés de la meseta tibial medial Dolor de cadera referido Tumores | <ul style="list-style-type: none"> Menisco discoideo (Figura 3) Síndrome de la cintilla ilio-tibial Meniscopatia lateral Lesión del ligamento colateral lateral Tendinitis del biceps femoris Dolor de cadera referido Dolor lumbar referido (radiculopatía L5) Tumores | <ul style="list-style-type: none"> Quiste de Baker Tendinitis de isquiotibiales Tendinitis poplítea Dolor de cadera referido Dolor lumbar referido (radiculopatía S1) Lesión del ligamento cruzado posterior Trombosis venosa profunda Tumores |

Tomado de Hergenroeder AC

Tabla IV. Patología del tobillo y pie en la adolescencia

| | Lesiones agudas | Lesiones por sobreuso | Sistémicas / infecciosas/ neurológicas / deformidades |
|------------------------|---|--|---|
| Localización posterior | <ul style="list-style-type: none"> Fractura de calcáneo | <ul style="list-style-type: none"> Sever: apofisitis del calcáneo Bursitis retro-calcánea Tendinitis aquilea Ampollas por fricción Tendinopatía tibial posterior (medial) | <ul style="list-style-type: none"> Entesitis inflamatoria Osteomielitis calcáneo Coalición tarsal |
| Localización dorsal | <ul style="list-style-type: none"> Fractura del maléolo peroneo Fractura maléolo tibial Fractura metatarsiana Esguince lateral Esguince medial | <ul style="list-style-type: none"> Freiberg: osteonecrosis 2ª cabeza MTT Köhler osteonecrosis escafoides Escafoides accesorio Tendinitis extensores Tendinopatía tibial anterior Tendinitis peroneos Fractura por estrés metatarsal | <ul style="list-style-type: none"> Síndrome de túnel tarsiano (medial) Hallux valgus Hallux valgus inter-falángico Juanetillo |
| Localización plantar | <ul style="list-style-type: none"> Fractura metatarsianos Esguince 1MTF | <ul style="list-style-type: none"> Fascitis plantar Sesamoiditis Iselin: apofisitis base 5º metatarsiano Tendinitis flexor largo del primer dedo Tendinitis flexor largo de los dedos Ampollas por fricción | <ul style="list-style-type: none"> Neuroma de Morton Verrugas plantares |

Figura 1. Valoración clínica de la escoliosis mediante el test de Adams con escoliómetro de Bunnell



Figura 2. Espondilolistesis L5-S1 con deslizamiento grado II de Meyerding



Figura 3. Imagen de RM de menisco discoideo

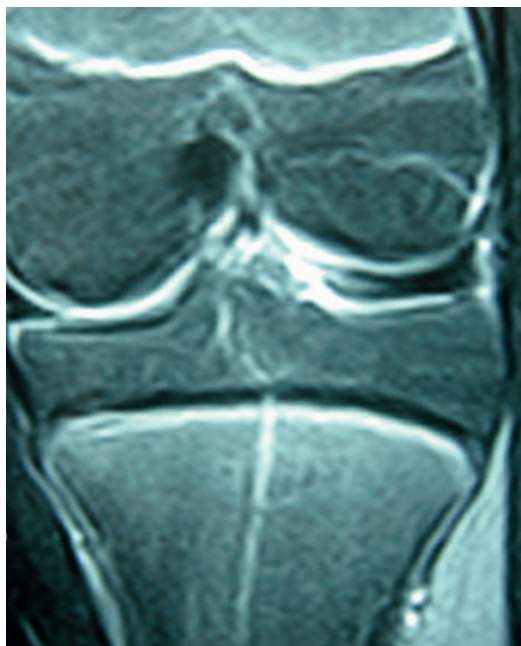


Figura 4. Imagen en 3D de coalición tarsal calcáneo-escafoidea



Bibliografía

1. Redondo García MA, Conejero Casares JA. *Rehabilitación Infantil*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012
2. Conejero Casares JA. *Patología Ortopédica*. En De la Flor i Bru J, Bras i Marquillas J. *Pediatría en atención primaria*, 4 ed. Madrid: Editorial Ergon; 2018, pp 863-881.
3. Negrini S et al. Braces in idiopathic scoliosis in adolescents. *Spine* 2016; 41: 1813-1825.
4. Moraleda L, Castellote M. Motivos de derivación a una consulta ambulatoria de Traumatología Infantil. *An Pediatr (Barc)* 2015; 83: 89-93.
5. Smith BE, Selfe J, Thacker D, Hendrick P, Bateman M, Moffatt F, et al. Incidence and prevalence of patellofemoral pain: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 2018; 13: e0190892. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190892>
6. Van der Heijden RA, Lankhorst NE, van Linschoten R, Bierma-Zeinstra SMA, van Middelkoop M. Exercise for treating patellofemoral pain syndrome: an abridged version of Cochrane Systematic Review. *Eur J Phys Rehabil Med* 2016; 52: 110-62.
7. Toby O Smith, Benjamin T Drew, Toby H Meek, Allan B Clark, *Knee orthoses for treating patellofemoral pain syndrome*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015. DOI: 10.1002/14651858.CD010513.pub2.
8. Fong DY, Cheung KM, Wong YW et al. A population-based cohort study of 394,401 children followed for 10 years exhibits sustained effectiveness of scoliosis screening. *Spine J*. 2015;15:825-33.
9. William R. Post, MD, Scott F. Dye, MD. Patellofemoral Pain: An Enigma Explained by Homeostasis and Common Sense. *Am J Orthop*. 2017;46:92-100.
10. Kienstra AJ, Macias Ch G,. *Evaluation and management of slipped capital femoral epiphysis (SCFE)*. Post TW, ed. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate Inc.
11. Chiwaridzo M, Naidoo N. Prevalence and associated characteristics of recurrent non-specific low back pain in Zimbabwean adolescents: a cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014;15:381.
12. Hergenroeder AC. *Approach to chronic knee pain or injury in children or skeletally*.
13. *Immature adolescents*. Post TW, ed. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate Inc.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. En la escoliosis idiopática, ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?

- a) Representa el 80-85% del total de escoliosis.
- b) Se considera como una enfermedad hereditaria, con base genética.
- c) En el adolescente es asintomática, aparece a los 10-11 años en las niños y 12-13 en las niñas, con una prevalencia del 2% para curvas mayores de 20°.
- d) Después de alguna polémica sobre su utilidad, se recomienda el despistaje escolar de la escoliosis idiopática del adolescente, ya que la detección en la consulta médica es poco probable.
- e) Todas son ciertas.

2. En relación con la cifosis:

- a) La actitud cifótica es común en adolescentes y se relaciona, habitualmente con vicios posturales.
- b) No produce dolor y se corrige de forma activa.
- c) La cifosis idiopática es una deformidad que no se corrige pasivamente y debe tratarse mediante fisioterapia y ortesis.
- d) La enfermedad de Scheuermann es una cifosis rígida que afecta al 11% de la población.
- e) Todas son ciertas.

3. En la epifisiolisis femoral proximal, ¿cuál de las siguientes no es cierta?

- a) Se caracteriza por un desplazamiento de la epífisis capital femoral desde el cuello femoral a través de la placa fisaria.
- b) Es uno de los trastornos de la cadera más comunes en la adolescencia.
- c) Suele haber antecedente de trauma previo.
- d) La presentación clásica es la de un adolescente obeso con dolor sordo en la cadera, ingle, muslo o rodilla, que ocasiona cojera.
- e) El dolor aumenta con la actividad física y puede ser crónico o intermitente.

Respuestas correctas en la página 78.e29

El amor y el desamor en la adolescencia

P. Horno Goicoechea. Psicóloga y consultora en infancia, afectividad y protección. Palma de Mallorca.

Resumen

El amor y el desamor son dos experiencias que determinan el desarrollo afectivo de las y los adolescentes. El amor puede ser considerado un vínculo afectivo positivo, que debe diferenciarse del apego, la intensidad emocional y la dependencia emocional. El desamor puede ser considerado como un duelo o como un vínculo afectivo destructivo. El artículo analiza los elementos clave de estas experiencias afectivas y desarrolla pautas educativas para los adultos que acompañen los procesos afectivos de las y los adolescentes.

Palabras clave: *Vínculo; Relación de pareja; Adolescencia; Intimidad.*

Abstract

Love and heartbreak are two experiences that determine the affective development of adolescents. Love can be considered a positive affective bond, which must be differentiated from attachment, emotional intensity and emotional dependence. Heartbreak can be considered a grief or a destructive affective bond. This article analyzes the key elements of these affective experiences and elaborates educational guidelines for adults that accompany the affective processes of adolescents.

Key words: *Affective bond; Couple Relationship; Adolescence; Intimacy.*

Introducción

Hablar del amor y el desamor en la adolescencia implica aceptar el reto inicial de definir a qué podemos llamar amor y a qué vivencia respondería esa palabra en la adolescencia. No es el propósito de esta ponencia revisar todas las definiciones que se han dado históricamente sobre el amor, pero sí es necesario destacar, desde la perspectiva de la psicología, algunos elementos clave de la vivencia amorosa.

A qué podemos llamar amor

El amor desde esta perspectiva vendría a ser lo que técnicamente llamamos un **vínculo afectivo positivo**. Una relación afectiva que se establece entre dos personas en la que se dan varios elementos clave: reciprocidad, apertura emocional, una inversión de tiempo y recursos personales, una intimidad compartida y un compromiso público. Un vínculo único en el que las dos personas se sienten elegidas, importantes para la otra persona y reconocidas.

En este sentido es importante resaltar que **cuando hablamos de vínculo afectivo, no estamos hablando sólo de apego**. El apego es el vínculo afectivo que se establece con la primera figura de crianza y cuidado en el primer año de vida, aquel vínculo que garantiza la supervivencia del niño o niña y cuya calidad condiciona tanto su forma de aproximarse a nuevos vínculos, como la posibilidad de desarrollo pleno del niño o niña. Por lo tanto, en el apego, el vínculo está unido a la supervivencia, es una necesidad. Posteriormente a lo largo de todo su desarrollo, la persona irá generando nuevos vínculos afectivos con otras personas no ya sólo desde la necesidad, sino como una opción personal. El ser humano se construye desde un otro a través de una relación de apego creada por necesidad y a lo largo de su desarrollo se desapegará en una ganancia gradual de autonomía, para volver a construir otros vínculos como deseo y proyecto de vida, que incluirán ser figura de apego para los niños y niñas que decida criar.

Se puede llamar amor a un vínculo afectivo positivo

Cuando hablamos de vínculo afectivo, no estamos hablando sólo de apego

Una persona no construye un vínculo con quien quiere, sino con quien quiere construirlo con ella. Por ello, el amor como vínculo afectivo positivo conlleva la reciprocidad

Un vínculo afectivo positivo ha de ser integrado públicamente en la red afectiva de cada persona

Todas esas experiencias de relación vincular que la persona va acumulando, especialmente en su infancia y adolescencia, pero a lo largo de toda la vida, generarán un modelo vincular interno dentro de la persona, un esquema cognitivo sobre las relaciones que determinará su modo de verse a sí misma y ver a los demás. Pero el modelo vincular se construye partiendo de inputs variados, uno de ellos es la experiencia de apego, pero no es el único. Y cuanto más variado sea ese modelo, más adaptativo le resultará a la persona. Un modelo vincular muy rígido, dificulta a la persona contemplar modelos de relación diferentes y vivencias en las relaciones que no encajen en ese patrón de expectativas. Por lo tanto, es deseable que la persona tenga varios vínculos profundos a lo largo de su desarrollo, especialmente en su infancia, que le proporcionen apertura emocional.

Del mismo modo, desde la perspectiva del conocimiento técnico de la psicología del vínculo, es imprescindible **distinguir entre la intensidad emocional y el vínculo**. Un vínculo es una relación que se construye entre dos personas. No es la persona la que tiene un vínculo, sino que entre dos personas construyen una relación afectiva que cuando cumpla determinadas características, podremos llamar vincular. Por lo tanto, aunque una persona sienta enormemente, eso no garantiza que construya un vínculo si no existe la reciprocidad. Una persona no construye un vínculo con quien quiere, sino con quien quiere construirlo con ella. Por ello, el amor como vínculo afectivo positivo conlleva la reciprocidad.

Del mismo modo, **un vínculo afectivo positivo ha de ser integrado públicamente en la red afectiva de cada persona**. Un elemento clave de los vínculos afectivos positivos es que ambas personas integran a la otra persona en su red afectiva. Pensemos en los padres cuando tienen un hijo, o en la pareja cuando se consolida, o en los amigos que acaban compartiendo tiempo con los otros amigos. Mantener escondido un vínculo debe valorarse como un indicador de vínculo destructivo. Los padres, cuando su hijo o hija nace con discapacidad, a menudo viven un duelo que les lleva a tardar en introducir al niño o niña en su red afectiva. Una pareja cuando se mantiene oculta, por muy intensa que sea la relación, acaba siendo destructiva. Incluso a nivel interno, los elementos constitutivos de la identidad de una persona, han de ser públicos para poder estar integrados emocionalmente dentro de la propia persona y en su entorno. Pensemos en las identidades sexuales minoritarias o en las enfermedades crónicas cuando se mantienen ocultas o en las historias de trauma severo en la infancia y cómo mantenerlas ocultas, incrementa el daño en el desarrollo de la persona, más allá de la propia vivencia traumática. Y el ejemplo más claro justamente se da en el maltrato, como ejemplo extremo de vínculo afectivo destructivo. El maltrato, cuando se da en el contexto de una relación afectiva, tiene un elemento clave de relación escondida, sobre la que se ha de mantener un grado de secreto, bajo el argumento de que no va a ser comprendida, la amenaza o el chantaje. La dimensión afectiva de la persona es esencial comprender que ha de ser pública, en el sentido no de hacer publicidad sobre ella, sino de integrarla emocionalmente en los espacios de intimidad, en la red afectiva de cada persona.

Y en este sentido y de cara a la adolescencia es especialmente importante **distinguir entre enamoramiento y amor, entre la emoción y el vínculo**. Un adolescente puede estar muy enamorado de otra persona, pero nunca va a generar un vínculo con esa persona, si esa persona no quiere crearlo con él o con ella. Las vivencias emocionales pueden ser muy intensas, pero pueden quedar en el nivel del pensamiento, de la proyección, de la imaginación incluso. El amor sólo se da en un contexto relacional: existe un otro al que amar. Un otro u otra que en el caso del amor, le corresponde. Por el contrario, en el desamor no le corresponde o no lo hace como la persona desea que lo haga.

Por lo tanto, la profundidad del amor no lo define la intensidad de la vivencia emocional, sino el nivel de apertura emocional al otro, de conexión emocional con la otra persona, el calado y duración de las vivencias compartidas y el compromiso que se asume con su cuidado y supervivencia. El amor que siente una madre o un padre por sus hijos, o el que se siente en una pareja o el que se siente en una amistad, no es una vivencia que se pueda vivir en soledad, sino en el contexto de la relación.

Del mismo modo es importante **diferenciar el amor del amor consciente**. Se puede establecer un vínculo afectivo con otra persona y hacerlo de forma inconsciente. El amor consciente, implica una opción llevada al cuidado cotidiano, a la presencia consciente, al cuidado del otro y al dar valor a las vivencias compartidas. Implica un compromiso. Hay que “querer querer” a la otra persona por encima de las dificultades y del coste personal que suponga. De nuevo en la adolescencia, esta diferencia es importante, porque la consciencia en las relaciones afectivas es algo que se educa, se promueve y se adquiere conforme se va logrando la maduración personal, porque conlleva asumir el compromiso del cuidado del otro, y situarse en la relación desde la corresponsabilidad y la autonomía personales, aspectos que en la infancia tienen un margen más limitado.

Y un último aspecto clave para comprender el amor desde la perspectiva psicológica sería que **el amor debe estar unido al autocuidado de la persona**. No es posible generar un vínculo positivo si la persona no tiene un equilibrio personal. No se puede amar bien a otra persona sin estar bien internamente. La capacidad de autorregulación emocional es esencial para ajustarse emocionalmente a otra persona y conectar. De esa forma, el autocuidado es parte del vínculo afectivo, es parte del amor. Concebir la experiencia del amor sólo vinculada a la entrega, la generosidad y el cuidado del otro es un error. El amor ha de conducir también a la persona a su propia conexión interior, a la consciencia de sus necesidades y a la necesidad de cuidarse internamente para poder cuidar y amar al otro. Esta clave es esencial para **distinguir el amor de la dependencia emocional, o vínculo ambivalente**, que es uno de los vínculos inseguros.

La vivencia del amor, el construir una red de vínculos afectivos positivos profundos es garantía de la **fortaleza emocional de la persona y de su capacidad de resiliencia**. La protección de una persona se construye desde dos pilares clave: su consciencia interior de sus propias sensaciones, emociones y pensamientos para poder detectar el peligro que esté viviendo, y el tener una red afectiva consciente a la que poder pedir ayuda. Y estas dos claves son necesarias no sólo en la infancia, sino a lo largo de toda la vida. Una **red de vínculos afectivos positivos** hace fuerte a la persona más allá de sus propias capacidades, se convierte en un espacio de cuidado y seguridad y en un espacio de legitimidad en el que puede validar y dar coherencia a sus decisiones.

Por lo tanto la experiencia del amor va a permitir a los adolescentes lograr los tres elementos clave de la salud emocional:

- Auto regulación emocional: la persona ha de lograr un equilibrio entre la vinculación y su protección, el cuidado a los demás y su auto cuidado, entre el pensamiento, las emociones y el instinto.
- Integración emocional: ha de ser capaz de aceptar su historia y sobre ella construir un futuro, un proyecto de vida propio.
- Habilidades de resiliencia: sea cual sea su historia, ha de poder construir un relato con sentido y consistente de la misma, que le permita afrontar las dificultades y sentirse fuerte ante el sufrimiento.

A qué podemos llamar desamor

Pero además del amor, está la experiencia del desamor, que forma parte de la construcción de la identidad de la persona también. Definamos entonces qué significa desamor, desde la perspectiva psicológica, porque es un concepto mucho más amplio y variado.

Desamor puede ser un vínculo afectivo que se rompe por el motivo que sea: abandono, ruptura, muerte etc. Estamos hablando entonces técnicamente de una vivencia de duelo. El desamor sirve a las y los adolescentes para aprender a integrar duelos, las pérdidas y situarse ante ellas. Los procesos de duelo requieren un tiempo para elaborarse, una red de apoyo afectivo que ayude a la persona a sostener el proceso y una conexión emocional con la tristeza. La chica o el chico han de aprender a transitar la tristeza sin evadirse de ella ni evitarla. Las rupturas de los vínculos afectivos pueden suponer un cuestionamiento de la identidad de la persona, de su lugar de pertenencia en el mundo, y en algunos casos la ruptura de un proyecto de vida ya definido.

Los procesos de duelo tienen varias fases. No tienen por qué ocurrir de forma lineal, se pueden superponer o darse avances y retrocesos pero conviene tenerlas presentes. La negación de la pérdida, que puede llevar al adolescente a perseguir el mantenimiento del vínculo y a no aceptar los límites que el otro le ha marcado. La rabia, primer paso para aceptar la pérdida, donde surge el enfado con quien ha roto el vínculo (sucede tanto si la ruptura del vínculo ha sido voluntaria, como si ha sido involuntaria por una muerte, o por un traslado impuesto por ejemplo). Desde esa rabia se logra conectar con la tristeza cuando se comienza a aceptar la ruptura del vínculo y por último llega la integración emocional de la experiencia vincular, que llamamos aceptación.

En esta última fase es especialmente importante que los adultos ayuden a los y las adolescentes a lograr dar una forma lo más positiva posible de la experiencia, a estructurarla y a posicionarse dentro de la vivencia de una forma realista pero lo menos dañina posible consigo mismos. Si este proceso no se da, la integración de la pérdida puede dañar el modelo vincular previo de la persona al integrarlo desde la culpa, la falta de valía personal o la traición, entre otras.

Desamor puede ser un vínculo afectivo que se rompe

Fases de duelo: negación, rabia, tristeza y aceptación

Y en ese sentido, uno de los elementos clave del proceso educativo es no evitar los procesos de duelo a los niños, niñas y adolescentes, acompañarles en la vivencia del dolor y permitirles conectar con la frustración, la impotencia y la tristeza. De ese modo, cuando llegue el momento de las rupturas vinculares, podrán vivirlas sin sentirse sobrepasados o bloqueados por la ansiedad, el miedo y la tristeza.

Pero **desamor puede ser también la vivencia de un vínculo que no llega a construirse por no ser correspondido**. Como vimos anteriormente, la intensidad emocional no es lo mismo que el vínculo, y uno puede sentir emociones muy profundas hacia otra persona que no dejan de ser propias y que incluso pueden llevar a distorsionar la realidad por una vivencia emocional, de forma que se intente adecuar la vivencia real a las expectativas emocionales. Es posible quedarse enganchado a una emoción e incluso sentir una adicción a la intensidad emocional. De esta forma se rompe la capacidad de auto regulación emocional, básica para lograr el equilibrio entre el cuidado al otro y el autocuidado, entre la entrega y el miedo, llevando a la persona a tener conductas de riesgo desprotectoras por lo poco ajustadas a la realidad que están.

Las y los adolescentes deben lograr integrar la razón, la emoción y la vivencia así como el funcionamiento de los dos hemisferios cerebrales, el izquierdo centrado en la lógica, el lenguaje y el derecho más centrado en las sensaciones corporales y emocionales. El adulto que los acompaña debe favorecer esa integración e incluir las actividades corporales y físicas en la relación, fomentando que pueda poner consciencia en la vivencia, la emoción y el cuerpo y narrarla.

Y por último desde la perspectiva psicológica, **desamor vendría a ser todas las relaciones definidas como vínculos afectivos destructivos**. Técnicamente, dentro de los vínculos inseguros, se diferencian los vínculos evitativos, vínculos ambivalentes y vínculos desorganizados. No vamos a describir cada tipología aquí, porque no es el objeto de la ponencia. Pero cuando se trata de la forma de afrontar el desamor en las y los adolescentes, nos interesa especialmente poner consciencia en las dos últimas tipologías. Y comprender que estos vínculos vienen condicionados por los modelos vinculares que cada adolescente trae integrado fruto de su historia personal. Esa historia previa se convierte en condición de riesgo para replicar patrones de relación inadecuados en la adolescencia, aunque no es una condena. Justamente en la adolescencia, los chicos y chicas pueden establecer vínculos afectivos profundos que modifiquen sus modelos vinculares previos por la profundidad que llegan a alcanzar.

Los y las adolescentes que tienen un modelo vincular desorganizado son aquellos que crecieron con figuras de apego que no pudieron o supieron darles estructura y regularidad en la crianza. De este modo, alternaron la presencia con la ausencia, la afectividad con la agresión, y la negligencia con la sobreprotección. Impiden al niño o niña poder anticipar lo que va a ocurrir, produciéndoles un alto nivel de ansiedad. Esa falta de regularidad y estructura impidió generar un modelo vincular estable internamente a estos niños y niñas. En ese caso, se dice que construyen un modelo vincular desorganizado. Son adolescentes que difícilmente pueden mantener la concentración, la continuidad en las secuencias de tareas complejas, con altos niveles de ansiedad, una gran labilidad emocional o lo contrario, desconexión y frialdad emocional, conductas disociativas y pueden presentar también altos niveles de agresión o autolesión.

Las y los adolescentes que presentan un modelo vincular inseguro ambivalente/preocupado, crecieron con figuras de apego que dificultaron su autonomía, estableciendo lazos de dependencia emocional y sobreprotección, donde no se permitía la diferenciación de la vivencia del adulto y la del niño, y se tenían pautas de interacción muy invasivas con el niño o niña. De esta forma, los y las adolescentes con modelos vinculares preocupados, se muestran inseguros y celosos en sus relaciones afectivas, necesitan constantemente validar el afecto y la incondicionalidad de los otros, al mismo tiempo que no son capaces de ofrecerla. Cuando hablan, tienden a dar mucha importancia a su historia personal y a describir a sus padres o cuidadores con una falta considerable de equilibrio.

Es importante que los adultos enseñen a los niños, niñas y adolescentes los diferentes niveles de afectividad que uno puede compartir dentro de una relación como uno de los elementos clave para su protección

El proceso de la intimidad en el amor y el desamor

Además del acompañamiento afectivo en la vivencia, los adultos pueden guiar educativamente a las y los adolescentes en su forma de afrontar dicha vivencia. Una de las cuestiones clave que condiciona la vivencia de los y las adolescentes tanto del amor como del desamor es la forma y la consciencia con la que han llegado a la vivencia.

Es importante que los adultos enseñen a los niños, niñas y adolescentes los diferentes niveles de afectividad que uno puede compartir dentro de una relación como uno de los elementos clave para su

protección. Son niveles de relación donde la apertura emocional va siendo cada vez mayor y con ella llegan mayores niveles también de disfrute, placer, aprendizaje y ganancia evolutiva. Pero al mismo tiempo, llega también un mayor riesgo de daño. Cuanto más se abre una persona en una relación, más gana porque a través de esa relación se va a transformar de formas que nunca lograría en soledad, pero también permite mayor entrada a su interior, a sus emociones, sus modelos y esquemas cognitivos y sus sensaciones corporales. Y desde ahí surge la posibilidad del daño.

No se trata de que teman las relaciones vinculares, ni que rechacen el amor por miedo al desamor, sino de vivirlas con consciencia para poder conservar la capacidad de autorregulación emocional, que les permita entregarse y protegerse al mismo tiempo, cuidar al otro y cuidarse a sí mismos.

En la construcción de un vínculo positivo, la persona podrá ir profundizando el nivel de apertura emocional en una relación cuando y como lo desee. De esa forma irá pasando por niveles cada vez más profundos de apertura e intimidad. Comenzará **interactuando** con otra persona. Es un nivel de relación que se establece con personas con quienes realizan algún tipo de intercambio: el panadero, la taxista, el portero de casa...

De entre todas las personas con las que interactúe, habrá varias con las que comparta **afectividad**, que es el nivel de relación que se establece con aquellas personas con las que hay una sintonía intuitiva, de “tripas”, un cierto nivel de conexión emocional que viene derivado de su historia personal, su memoria corporal y que casi siempre se produce de forma inconsciente. Son esas personas a las que si les encuentran, les da una alegría, cuando les ven sonríen, si les piden un favor, lo hacen... pero no necesariamente tienen una relación vincular con ellos.

De toda la gente por la que sienta esa conexión, con algunas de esas personas comenzará a compartir **intimidad**, el nivel de relación que se establece, cuando con algunas de las personas por las que se siente afecto, se empieza a compartir los espacios privados, más íntimos de la vida con otra persona. Se comienza a compartir información sobre uno mismo, espacios de relación, datos de la historia personal.. y de esa forma se proporciona, de forma gradual, poder a la otra persona sobre uno y se construyen las relaciones vinculares. Partiendo de una cierta conexión emocional, se ha dado el siguiente paso que es cultivar la relación y abrirse a ella de forma que se pueda construir un vínculo.

Del mismo modo, con algunas de las personas con las que ya ha compartido afectividad e intimidad, compartirá también su **sexualidad**, que es el nivel de relación que se comparte con algunas de las personas con las que se han creado espacios de intimidad. Implica el contacto físico en toda su variedad. Es interesante poner consciencia en que tener un vínculo con alguien, no necesariamente implica el contacto físico y viceversa, se puede tocar a gente con la que no tengo vínculo afectivo, sólo esa conexión afectiva. Pero como regla general, es bueno que las y los adolescentes vinculen el contacto físico a los espacios de intimidad protectores. Y no sólo es la sexualidad genital, sino los besos, las caricias, los abrazos... que son niveles de intimidad que nunca se pueden forzar (los padres lo hacen a menudo cuando obligan a los niños y niñas a dar besos y abrazos a quienes no quieren) y que conviene compartir con personas con las que ya hay generado un vínculo de intimidad y confianza.

Y por último, con algunas de las personas con las que ha compartido su sexualidad, la persona compartirá también la **genitalidad**, que es un nivel de relación que se establece con algunas personas de todas con las que se ha compartido sexualidad. Las relaciones genitales son una pequeña parte de las relaciones sexuales, pero de nuevo es protector para las y los adolescentes, compartir su genitalidad con personas que previamente ya ha habido una sintonía afectiva, espacios de intimidad compartidos y otras formas de sexualidad compartidas previamente. Si se acelera el proceso, una relación genital, aunque fuera deseada, se puede convertir en dañina. De hecho, una de las formas más habituales de abuso sexual entre adolescentes es obligar a otra persona a tener relaciones genitales antes de lo que él o ella querían. No es que no quisieran tenerlas, es que aún no.

De este modo en el proceso de profundización gradual de una relación afectiva, el paso de cada nivel de relación al siguiente ha de cumplir varias características fundamentales:

- Ser un paso **libre**. Cualquier nivel de relación ha de ser voluntario. El maltrato se basa justamente en utilizar una posición de poder forzar a otra persona a hacer algo que no quiere. Una de las claves más interesantes a nivel educativo en el trabajo sobre el amor y el desamor es enseñar a las y los adolescentes que el amor es una forma de poder, que da opción a la otra persona de hacerle feliz y de hacerle daño al mismo tiempo. Aquellas personas con las que la persona construye vínculos afectivos pasan a tener poder sobre la persona. Por eso nunca se debe dar un paso de intimidad de forma forzada. Ahí empieza la violencia.

En el proceso de profundización gradual de una relación afectiva, el paso de cada nivel de relación al siguiente ha de cumplir varias características fundamentales: ser un paso libre, consciente, pausado y seguro

- Ser un paso **consciente**. En la medida que el paso a otro nivel de relación se da con consciencia, se mantiene la conexión interior con las propias necesidades, se comprenden los beneficios y costes emocionales de permitir esa relación y se dota a la relación de mayor nivel de profundidad.
- Ser un paso **pausado**. Es necesario permitir el tiempo suficiente para la conexión emocional y corporal interior. En un vínculo afectivo positivo se dará el ajuste mutuo a los procesos, necesidades y gustos de las dos personas. Cuando esos tiempos y procesos se aceleran, se merma la capacidad de percibir, sentir y pensar, y por tanto, de protegerse.
- Ser un paso **seguro**. Las y los adolescentes deben aprender a no abrirse a mayor profundidad de relación si no es en un contexto seguro, con personas que ellos conozcan y en entornos donde puedan protegerse en caso necesario. La intensidad emocional como se ha visto previamente, conduce a la desconexión de la realidad y desde ahí a las conductas de riesgo. Como pauta de protección es esencial entrar en el amor en la medida de lo posible desde la seguridad y la confianza. Primero es confiar, luego abrirse a amar y ser amado.

El desamor como vínculo dañino se caracterizará y se construirá desde la falta de respeto a estos criterios: forzará conductas de riesgo, no respetará los ritmos y tiempos de la otra persona, impedirá su consciencia interna invadiéndole a nivel emocional o generándole confusión sobre lo que siente y desde luego no respetando su voluntariedad en las decisiones.

Como conclusión, es necesario que las y los adultos acompañen a las y los adolescentes en el proceso de conocer y vivir tanto el amor como el desamor. Necesitan comprenderlo como parte esencial del proceso de construcción de la identidad de la persona. Han de enseñarles a integrar el amor y el cuidado dentro de sí mismos, equilibrando su entrega con su protección. Pero esa tarea requiere a su vez tiempo y consciencia en las personas adultas. No olvidemos que educamos desde nuestra propia vivencia del amor y el desamor que las y los adolescentes con los que convivimos perciben y asimilan también.

Como conclusión, es necesario que las y los adultos acompañen a las y los adolescentes en el proceso de conocer y vivir tanto el amor como el desamor

Bibliografía

1. Gonzalo, J.L. (2016). "Vinculate". Bilbao: Descleé de Brouwer.
2. Horno, P. (2017). "Educando la alegría". Bilbao: Descleé de Brouwer.
3. Horno, P. Romeo, J. y Ferreres, A. (2017). "El acogimiento como una oportunidad de vida: referentes de buena práctica en la atención a niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar y residencial". Madrid: Unicef Comité Español.
4. Main, M. The Organized Categories of Infant, Child, and Adult Attachment: Flexible vs. Inflexible Attention Under Attachment-Related Stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2000, 48:1055-1095.
5. Siegel, D. (2014). "Tormenta cerebral: el poder y el propósito del cerebro adolescente". Barcelona: Alba.

Forma Joven. Sexualidad y relaciones igualitarias

M.C. Guisado Rasco. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mercedes Navarro. Distrito Sanitario de AP de Sevilla. **J. Gil Castellano.** Enfermera de Familia. Centro de Salud Mercedes Navarro. Distrito Sanitario de AP de Sevilla.

Resumen

Dentro de los problemas prioritarios de salud en la adolescencia estamos observando un incremento de los relacionados con las relaciones sexuales debido al cambio en la conducta sexual de éstos, con un modelo de sexualidad más abierta y con inicio de relaciones coitales más precoces. Los problemas más prevalentes son los embarazos no deseados, el incremento de las interrupciones voluntarias de embarazo, el uso inadecuado de la anticoncepción de urgencia, el bajo uso de métodos preventivos eficaces (como el preservativo) y las infecciones de transmisión sexual. Los centros de Educación Secundaria son las instituciones educativas creadas específicamente para procurar el desarrollo intelectual, afectivo y social de los adolescentes. Se convierten, por ello, en espacio idóneo para la intervención promotora y preventiva de la salud en los adolescentes.

Palabras clave: *Adolescencia; Planificación familiar; Violencia género.*

Abstract

Amongst the priority of health problems in adolescence, there is an increase of those related to sexual activity due to the change in sexual behavior of adolescents, who have a more open model of sexuality and with earlier beginning of coital relationships. The most prevalent problems are unwanted pregnancies, increased numbers of voluntary pregnancy interruptions, inadequate use of emergency contraception, low use of effective preventive methods (such as condoms) and sexually transmitted diseases. Secondary Education centers are educational institutions created specifically to procure the intellectual, emotional and social development of adolescents. They become, therefore, an ideal space for the promotion and preventive intervention of health in adolescents.

Key words: *Adolescence; Family planning; Gender violence.*

Introducción

FORMA JOVEN⁽¹⁾ (FJ) es una estrategia de salud dirigida a promover entornos y conductas saludables entre la gente joven de Andalucía (Figura 1). Los objetivos de dicho programa son:

- Acercar la promoción de salud a los lugares que frecuentan habitualmente los adolescentes.
- Dotar a los adolescentes de recursos y capacidades para afrontar los riesgos.
- Incentivar la posibilidad de compatibilizar salud y diversión.
- Favorecer la elección de las conductas más saludables.

Hoy, los problemas de salud de la población juvenil en Andalucía no son diferentes a los de otras comunidades autónomas y cualitativamente a los de los países desarrollados de nuestro entorno.

Los principios que definen las actuaciones de FJ son comunes a otros proyectos de promoción de salud:

1.- Respecto a los derechos individuales:

Fomentando la adopción de conductas saludables, pero siempre como una elección personal, sin discriminar a las personas que no adopten las conductas que se fomentan.

FORMA JOVEN (FJ) es una estrategia de salud dirigida a promover entornos y conductas saludables entre la gente joven de Andalucía

2.- Priorizar los problemas de mayor impacto:

Según el programa FJ son:

- Estilos de vida saludable: cuyo objetivo es la promoción de la alimentación equilibrada, actividad física y seguridad en la conducción y el ocio (accidentalidad).
- Área de sexualidad y relaciones afectivas: promocionando relaciones seguras, satisfactorias y en igualdad.
- Área de socio-emocional: que contempla el desarrollo de competencias para favorecer el ajuste psicosocial en esta etapa.
- Uso positivo de las tecnologías de la información y la comunicación (TICS).
- Prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

3.- Acción intersectorial y coordinación:

El equipo de FJ lo forman sectores de salud, educación, bienestar social, tráfico, consumo, etc., además de asociaciones locales y la propia gente joven en el papel de mediadores/as.

Los centros de Educación Secundaria son las instituciones educativas creadas específicamente para procurar el desarrollo intelectual, afectivo y social de los adolescentes. Se convierten, por ello, en espacio idóneo para la intervención promotora y preventiva que caracteriza a FJ⁽¹⁾.

Dentro de los problemas prioritarios de salud en la adolescencia son los derivados de las relaciones sexuales los que van en aumento, debido al cambio en la conducta sexual de éstos, con un modelo de sexualidad más abierta y con inicio de relaciones coitales más precoces. Los problemas más prevalentes son los embarazos no deseados, el incremento de las interrupciones voluntarias de embarazo (IVE), el uso inadecuado de la anticoncepción de urgencia, el bajo uso de métodos preventivos eficaces (como el preservativo) y las infecciones de transmisión sexual (ITS). Pocos adolescentes consideran que es necesario prevenir las ITS. El uso tan extendido del preservativo no se debe tanto al miedo al VIH/Sida y a otras ITS, como al embarazo⁽²⁾.

Los preservativos son el único método que previene tanto los embarazos no deseados como las ITS, incluida el VIH, por lo que son el método anticonceptivo de elección. El método de doble protección consiste en la utilización de preservativo por el hombre y de la píldora por la mujer y proporciona una eficacia muy elevada asociada a la protección de las ITS, siendo éstas un problema de salud pública mundial tanto por su morbilidad como por sus complicaciones y secuelas si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz⁽³⁾.

Por otro lado, vivimos en la era de las comunicaciones; el adolescente recibe múltiples informaciones desde distintos ámbitos y paradójicamente presenta grandes incógnitas, miedos, inseguridades y prejuicios⁽³⁾. La información que los adolescentes poseen sobre sexualidad es insuficiente y en muchos casos equivocadas, asociándose con gran frecuencia a mitos y creencias existentes⁽⁴⁾, dando lugar a conductas erróneas.

Otro aspecto preocupante en la adolescencia es la violencia de género y su prevención. Ésta empieza a aparecer desde que se establecen las primeras relaciones de pareja (la mayoría de ellas en la adolescencia), no siempre como comportamientos agresivos (más evidentes y detectables), sino como comportamientos que favorecen la desigualdad, el dominio y el abuso⁽⁵⁾.

Hay jóvenes que consideran aceptable o normales circunstancias como "controlar los horarios de la pareja", "control por la vestimenta", "fiscalización a través de las nuevas tecnologías", "impedir a la pareja que vea a su familia o amistades", etc.

Es importante enseñar a los jóvenes a que aprendan a "distinguir los afectos tóxicos del verdadero amor", porque la adolescencia es una etapa de la vida en la que se aprenden las pautas de interacción que luego se consolidan en la vida adulta y además a base de vivir y mantener una relación afectiva en la que hay violencia, aunque que sea de baja intensidad, ésta se normaliza, se banaliza y se convierte en algo habitual⁽⁵⁾.

Por todo ello, la adolescencia es un momento adecuado para proporcionar una información veraz sobre la sexualidad⁽³⁾ y facilitar una educación sexual adecuada en todos los niveles (familiar, educativo y sanitario) debe ser una prioridad.

Vivimos en la era de las comunicaciones; el adolescente recibe múltiples informaciones desde distintos ámbitos y paradójicamente presenta grandes incógnitas, miedos, inseguridades y prejuicios

Según la OMS, la SALUD SEXUAL se define como:

Un estado de bienestar físico, mental y social. Con una actitud positiva y respetuosa ante las relaciones sexuales. Para obtener el placer con seguridad (evitando las infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados), sin coacción, discriminación, ni violencia.

Las relaciones sexuales tienen sus propias REGLAS DE JUEGO, no todo vale:

- Relaciones consentidas “No es no”.
- El placer tiene que ser compartido.
- Relación saludable, evitando las ITS y embarazos no deseados.
- Lealtad: no tengo que contar lo que hago, con quién lo hago, dónde lo hago, grabar y publicar lo que hago....
- Siempre en condiciones de igualdad.

Las relaciones sexuales tienen sus propias REGLAS DE JUEGO, no todo vale

Premisas legales

En la práctica diaria, los profesionales que trabajamos con adolescentes nos hemos visto enfrentados con aspectos éticos y legales involucrados en la atención. Como profesionales debemos tener presente los principios del derecho del paciente a la confidencialidad y a recibir una atención digna y de calidad⁽⁴⁾.

Según el art. 183 del Código Penal, la edad del consentimiento sexual (edad por debajo de la cual el consentimiento prestado para tener relaciones sexuales no resulta válido a efectos legales) es a partir de los 16 años. Sin embargo, en el art. 183 quáter se especifica que “el consentimiento libre del menor de dieciséis años, excluirá la responsabilidad penal por los delitos previstos en este capítulo, cuando el autor sea una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo o madurez”⁽⁶⁾.

La Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente establece la mayoría de edad médica en los 16 años y, además, reconoce a los menores de 16 años “maduros” (capaces de comprender y evaluar las consecuencias de un asunto determinado) el derecho a la asistencia sanitaria sin necesidad de autorización de sus representantes legales y la capacidad para prestar un consentimiento válido y eficaz⁽⁷⁾.

Por todo lo comentado, y en el contexto de la celebración del XXIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA), nos planteamos organizar un taller para adolescentes al que llamamos “Desarrollo de la sexualidad en la adolescencia”. El taller lo impartimos en un instituto de enseñanza secundaria obligatoria (ESO) de nuestra área de referencia, dirigido a alumnos de 3º ESO (14-15 años) (Figura 2).

Para conocer las inquietudes y dudas de los adolescentes habilitamos unas urnas en las clases, unos días antes, para que los alumnos de forma anónima, depositen sus dudas y preguntas sobre los temas que posteriormente trataremos.

Estructuramos el taller en charlas de unos 20 minutos por parte de los ponentes y unos 10 minutos para resolver las dudas previamente planteadas por los alumnos.

Enviamos al instituto un documento informativo del taller (Figura 3) para los padres y madres de los alumnos, así como también realizamos carteles informativos (Figura 4).

Bibliografía

1. Programa Forma Joven. Consejería de Salud Junta de Andalucía.
2. Quintana Pantaleón C. *Pediatr Integral* 2013, XVII (3): 171-184.
3. Martínez Pérez R. *Guía de Atención al adolescente. Grupo de estudio del adolescente. SAMFYC* 2015.
4. Montero Vega, A. *Anticoncepción en la adolescencia. [REV MED CLIN CONDES - 2011; 22(1): 59 – 67.*
5. *Guía para madres y padres con hijas adolescentes que sufren violencia de género. Instituto Andaluz de la mujer.*
6. *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Publicado en BOE núm. 281 de 24 de Noviembre de 1995. Revisión vigente desde 28 de Octubre de 2015.*
7. *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.*

Taller de Adolescentes

Forma Joven. Sexualidad y relaciones igualitarias

Tablas y figuras

Figura 1. Programa de Forma Joven



Figura 2.



Figura 3.

TÍTULO DEL TALLER: DESARROLLO SEXUAL SANO EN EL ADOLESCENTE

LUGAR DE CELEBRACIÓN: I.E.S Pablo Picasso. Sevilla

DÍA CELEBRACIÓN: 1 DE Marzo de 2.018

CURSO: 3º DE EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA

MODERADOR DEL TALLER:
Dra. M. Cinta Guisado Rasco
Doctora en Medicina por la Universidad de Sevilla. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud Mercedes Navarro del Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla.

PONENTES:

- Dra. Concepción Martínez Díaz de Argandoña.** Doctora en Medicina por la Universidad de Sevilla. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Infecciones de Transmisión Sexual de Sevilla.
- Dª Mª Carmen Rodríguez de Soto.** Matrona Asistencial en el Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla. Presidente de la Asociación Andaluza de Matronas. Docente del Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla Centro en la realización de cursos para la Sensibilización y Formación en el Abordaje Sanitario del Maltrato contra las mujeres.
- Dª Josefina Gil Castellanos.** Enfermera en el Centro de Salud Mercedes Navarro del Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla. Referente del Programa Forma Joven el Centro de Salud Mercedes Navarro.

OBJETIVOS:
En el contexto de la celebración del XIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA) que se celebrará en Sevilla los días 2 y 3 de marzo 2.018 vamos a organizar este taller para adolescentes.

En este taller vamos a abordar temas, que creemos, pueden ser de interés para ellos, con el fin de conseguir que nuestros adolescentes tengan un desarrollo sexual saludable:

- Programa de Forma Joven, ¿Qué es y cómo funciona?
- Prevención, signos y síntomas de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más prevalentes en la adolescencia. Cómo contactar con la consulta de ITS de Sevilla.
- Violencia de género: "Amor verdadero o afectos tóxicos". Sensibilización al Maltrato contra las mujeres adolescentes.

Figura 4.

XXIV CONGRESO
Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA)
Sevilla 2 y 3 de Marzo 2018

TALLER:
DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

MODERADORA:
Dra. M. Cinta Guisado Rasco
Médico de familia

PONENTES:
Dª Josefina Gil Castellanos
Enfermera
Dra. Concepción Martínez Díaz de Argandoña
Médico de familia
Dª Carmen Rodríguez Soto
Matrona asistencial

PROGRAMA DE FORMA JOVEN
¿Qué es?
¿Cómo Funciona?

Prevención, signos y síntomas de las INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

VIOLENCIA DE GÉNERO
"Amor verdadero o afectos tóxicos"

Te esperamos en I.E.S. PABLO PICASSO el 1 de marzo

COMUNICACIONES PRESENTADAS EN EL XXIV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA (SEMA)

COMUNICACIONES PREMIADAS

1^{ER} PREMIO

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE CARCINOMA DE TIROIDES EN LA ADOLESCENCIA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO

Ortega Navaridas, M.; Jerónimo Dos Santos, T.; Girón Del Río, R.; Muñoz Calvo, MT.; Argente Oliver, J.

Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid

Introducción: El cáncer de tiroides es una patología poco frecuente en la infancia y adolescencia, representando del 1.5 al 3% de todas las neoplasias. **Objetivo:** Estudiar las características clínicas, tratamiento, efectividad del mismo y pronóstico del cáncer de tiroides en niños y adolescentes. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de 17 casos de cáncer de tiroides, diagnosticados durante los últimos 20 años, en un hospital pediátrico terciario. Se analizaron las variables clínicas e histológicas, extensión de la enfermedad al diagnóstico, así como tratamiento y tipo de respuesta al mismo. **Resultados:** De los 17 casos estudiados, el 58.8% eran varones y el 41.1% eran mujeres, existiendo un predominio femenino en el grupo de pacientes puberales (55%) y masculino en el grupo de pacientes prepuberales (83%). La edad media fue de 12.4 ± 3.7 años. En el 52.9% de los casos la forma de presentación fue asintomática, detectándose como hallazgo ecográfico casual, siendo la ecografía tiroidea y la PAAF las técnicas diagnósticas iniciales de elección. El 41.1% de los casos tenían antecedente de neoplasia previa, siendo el linfoma la más frecuente, y el 29.4% tenían antecedente de exposición a radiación en el contexto del tratamiento oncológico. La media del diámetro tumoral fue de 22 ± 16 mm. El 23.5% presentaban metástasis linfáticas al diagnóstico y ninguno de los casos presentaba metástasis a distancia. De los casos analizados, 12 fueron carcinoma papilar (70.6%), 2 carcinoma folicular (11.7%) y 3 carcinoma medular (17.6%). El 100% de los casos fueron sometidos a tiroidectomía total y recibieron, posteriormente, a excepción de los carcinomas medulares, dosis ablativa con I131. El 46.1% recurrieron tras el tratamiento inicial, presentando una respuesta bioquímica incompleta el 18.2% y estructural incompleta el 36.3% (según la clasificación del tipo de respuesta de la ATA). La supervivencia fue del 100% durante el seguimiento hasta los 18 años de edad. **Conclusiones:** El cáncer de tiroides es poco frecuente en la edad pediátrica, presentándose en la mayoría de los casos en la adolescencia, siendo el tipo histológico más frecuente el papilar. El cáncer de tiroides infantil tiene un buen pronóstico, siendo la cirugía el tratamiento más efectivo.

2^º PREMIO

BIENVENIDOS A LA AUTORIDAD PACTADA ENTRE LOS ADOLESCENTES Y SUS PADRES

Liquete Arauzo, L.; Pérez Ruiz, E.; Rodríguez Molinero, L.; Marugán de Miguelsanz, JM.; Tríguez García, M.

Centro de Salud "Eras del Bosque" Palencia. H. Recoletas Campo Grande. Valladolid H. Clínico Valladolid

Introducción: La autoridad parental se constituye para que un adulto ayude a su hijo a desarrollarse como persona. **Objetivos:** Conocer cómo los adolescentes perciben la autoridad parental y la permisividad en el cumplimiento de las normas. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal de período. Muestra de 3.343 adolescentes (13-18 años) de Castilla y León. Se estimó una proporción del 50% en las respuestas, margen de confianza del 95,5% y error en contraste

bilateral del 1,7%. Encuesta telemática. Gestión automatizada y externa de los datos con SPSS v.15 y Epidat®. Se han utilizado preguntas análogas a las empleadas en estudios sobre adolescentes a nivel nacional e internacional. **Resultados:** Los adolescentes reconocieron, como figura de autoridad para ellos, a su padre, el 42,1%; a su madre, el 19,5% y a ambos el 11,8%. Se considera "figura de autoridad" en su familia hasta el 31,7% de los adolescentes. Esta percepción de autoridad parental entre los adolescentes no cambia cuando conviven con uno u otro de los progenitores. Sin embargo, el 54,7% de los adolescentes que conviven con un solo progenitor afirman que en su casa "se hace lo que ellos dicen" (frente al 27,7% de los que viven con ambos progenitores). La autoridad compartida entre ambos padres disminuye las discusiones de pareja por los hijos (OR=1,8; IC95%: 1,63-2,07), pero no la tendencia a discutir delante de ellos. El sexo del adolescente, además, modifica la frecuencia de insultos entre los padres en una discusión [OR hijo varón/mujer=2,1 (IC 1,8-2,3)]. Tan sólo el 50,7% de los adolescentes afirman que sus padres se preocupan de que se cumplan las normas básicas de la casa (horarios de llegada, comidas...). **Conclusiones:** Los cambios sociales y educativos que han acontecido en las familias no han ido acompañados de un empoderamiento de la figura materna, sino de una pérdida de autoridad de ambos progenitores sobre los hijos. Hay una duda razonable sobre lo que significa una figura de autoridad para nuestros hijos.

COMUNICACIONES PRESENTADAS COMO POSTERS

MÁS ALLÁ DE UNA HIPOCALCEMIA

Izurieta Pacheco, AC.; Urraca Camps, S.; Launes Montaña, C.; Vallejo Matavera, V.

H. Sant Joan de Deu. Barcelona

Introducción: La vitamina D se obtiene por la ingesta directa y mediante su síntesis en la piel. Por este último motivo, es sabido que por la gran cobertura de piel, las mujeres musulmanas presentan un riesgo aumentado de hipovitaminosis D. Por otro lado, existen prácticas aceptadas en determinadas culturas, que favorecen la escasa exposición solar. **Caso clínico:** Adolescente de 17 años, originaria de Paquistán y en seguimiento por Infectología por tuberculosis pulmonar diagnosticada en 2015. Refiere hormigueos en las extremidades de dos semanas de evolución y rigidez dolorosa en los miembros superiores en los últimos 3 días. En la exploración física destaca rigidez del miembro superior derecho. Se realiza analítica sanguínea en la que destaca hipocalcemia grave, por lo que recibe corrección de calcio. Ante tetania por hipocalcemia, se ingresa para estudio. Durante el ingreso se extrae analítica sanguínea que confirma déficit de vitamina D, ácido fólico, vitamina B12, calcio, así como elevación de fosfatasa alcalina y de PTH. Se realiza radiografía de muñecas y tobillos en las que destaca concavidad en radio distal. Ante el diagnóstico de raquitismo carencial, se mantiene tratamiento con calcio y vitamina D orales. Durante el ingreso, la paciente refiere haber estado retenida en su domicilio durante los 8 meses previos a raíz de una discusión con el padre por tener relación con un chico. Se contacta con mediación cultural, sin obtener predisposición real de la familia para colaborar en la situación, y con servicios de protección de infancia, que deciden la retirada de la custodia. **Discusión:** La importancia de este caso clínico va más allá del diagnóstico de la etiología de la tetania. A raíz de un problema médico se detecta una situación de maltrato por aislamiento social. Además, desde el equipo asistencial se plantea la duda ¿se trata de un hecho cultural o un delito sobre la libertad de una adolescente? Si bien este tipo de castigos en algunas culturas pueden estar permitidos, en nuestro medio no es así. Es interesante trabajar con la mediación cultural, aunque no se puede olvidar la obligación de protección de la menor.

AMENORREA PRIMARIA:

A PROPÓSITO DE DOS CASOS DE DISTINTA ETIOLOGÍA

Gacimartín Valle, P.; Pérez España, A.; González-Lamuño Sanchís, C.;
Fernández Provencio, V.; Bahillo Curieses, P.

H. Clínico Universitario Valladolid

Introducción: la amenorrea primaria se define como la ausencia de menarquia a los 14 años acompañada de falta de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, o a los 16 años, si éstos se han desarrollado adecuadamente. Presentamos dos adolescentes con amenorrea primaria. **Caso 1:** paciente de 16,1 años con pubarquia prematura aislada con test de ACTH normal e inicio de telarquia a los 9,5 años. Ausencia de menarquia. Antecedente de retraso puberal en rama materna. I. Exploración física: Talla 169,1 cm (+0,7 DS), IMC 21,5 kg/m² (-0,6 DS). Tanner V. Genitales externos normoconfigurados. Olfato normal. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, función tiroidea y prolactina normales. Estradiol 45,6 pg/ml. Androstendiona 4,79 ng/ml, testosterona 45,8 ng/ml. Test de LHRH: LH basal 7,31 mU/ml, pico 17,5 mU/ml; FSH basal 5,89 mU/ml, pico 7,38 mU/ml. Cariotipo normal. Ecoografía ginecológica normal. Test de progestágenos positivo. **Evolución:** ante sospecha de anovulación / síndrome de ovario poliquístico se prescribieron anticonceptivos orales presentando menstruaciones regulares. **Caso 2:** Paciente de 13 años remitida para estudio de obesidad. Se constata edad ósea de 14,6 años, talla final y ausencia de desarrollo puberal completo (S3, P4, Ab). Ausencia de antecedentes familiares de retraso puberal. Exploración física inicial: Talla 170,3 cm (+2,13 DS), IMC 28,9 kg/m² (+1,9 DS). Olfato normal. Acantosis nigricans cervical. Tanner III. Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica normal. T4 libre normal, hipertiroproteinemia leve. Insulina 32 mcU/ml. HbA1c 5,2%. LH basal 0,23 mU/ml, FSH basal 0,83 mU/ml, estradiol 26,47 pg/ml. AMH 0,34 ng/ml, leptina 41,7, SHBG basal 16,5 mmol/l, inhibina B 10 pg/ml. Cariotipo normal. Eco ginecológica: normal, sin línea endometrial visible. Densitometría ósea normal. RM craneal: normal. **Evolución:** ante sospecha de hipogonadismo hipogonadotropo se inició tratamiento con estrógenos transdérmicos en pauta ascendente con introducción posterior de progestágenos, presentando menarquia a los 16,7 años. **Comentarios:** La amenorrea es un síntoma que puede estar producido por alteraciones en el aparato genital, a nivel del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, o como expresión de una enfermedad sistémica, habiéndose relacionado la obesidad y la insulinoresistencia con la aparición de hipogonadismo hipogonadotropo debido, entre otros, una disminución de los pulsos de hormona luteinizante.

EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO DE TRANSICIÓN A ADULTOS DE ADOLESCENTES DIABÉTICOS TIPO 1 Y CON OTRAS ENDOCRINOPATÍAS

Carmona Ponce JD.; Geniz Díaz I.; Espino Aguilar R.;

López Rubio E.; Ruiz Navajas M.

H. Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción y objetivos: Según la normativa vigente, el paso de las unidades de especialidades pediátricas a unidades de adultos se establece a partir de los 14 años. La adolescencia supone un periodo clave de la vida caracterizado por múltiples cambios, lo cual hace que sea un momento especialmente crítico para realizar esta transición. Este dato cobra especial relevancia cuando hablamos de adolescentes con enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 1, ya que la adolescencia aumenta el riesgo de aparición y progresión de las complicaciones crónicas. Por ello, en nuestro centro se empezaron a convocar reuniones multidisciplinarias mensuales (endocrino, pediatras, enfermeros, nutricionistas...) para optimizar la transición de

pacientes diabéticos, añadiéndose posteriormente otros pacientes seguidos en nuestra consulta de endocrinología pediátrica. **Material y métodos:** Se presenta la experiencia en nuestro centro de estas reuniones para consensuar los casos de pacientes que realizan transición desde julio 2016 a Enero 2018. **Resultados:** Se realizó la transferencia a adultos de un total de 44 pacientes (52% varones y 48% mujeres). Las patologías más frecuentes fueron DM tipo 1 (29%), hipotiroidismo autoinmune (25%), retraso constitucional de crecimiento y desarrollo (25%). También se realizó transición de pacientes con síndrome metabólico, hiperplasia suprarrenal congénita, síndrome de ovario poliquístico, insuficiencia suprarrenal y pubertad retrasada. El 47% de los pacientes recibían seguimiento en otras consultas de especialidad pediátrica (digestivo, cardiología, dismorfología,...) en el momento de la transferencia. El 59% de los pacientes había alcanzado un desarrollo puberal completo. Para pacientes diabéticos la demora de consulta en adultos fue de 71 días desde la última revisión en pediatría. En la última revisión en pediatría la hemoglobina glicosilada media fue 7,4%. Los pacientes pediátricos realizaron su última visita en pediatría a la edad promedio de 14 años y 2 meses (rango 13,9 a 14,3 meses). Sólo 1 paciente (2%) no acudió a su primera revisión en consultas de adultos. **Conclusiones:** La transición de los adolescentes a consultas de adultos debe ser planificada, programada y coordinada, dirigida al adolescente y a su familia. Una adecuada planificación evita pérdidas en el seguimiento y favorece un mejor control de la enfermedad en cuestión.

IMPLICACIONES DE LA OBESIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Rodríguez Sánchez, C.⁽¹⁾; González Rodríguez, P.⁽²⁾;

Hidalgo Vicario, M.I.⁽²⁾; Barrios Machaín, U.⁽¹⁾; Ochoa Fernández, B.⁽¹⁾.

Hospital Universitario Infantil La Paz⁽¹⁾;

Centro de Salud Barrio del Pilar⁽²⁾

Introducción: Chica de 15 años con obesidad mórbida y comorbilidades asociadas, que subraya la importancia del pediatra en la coordinación asistencial y del seguimiento durante las etapas del desarrollo. **Caso clínico: Antecedentes:** embarazo normal a término con cesárea por macrosomía, PRN 4.500 g con neurodesarrollo normal. Antecedentes familiares de obesidad. Con 21 meses tiene IMC 26.66 y ante la evolución tórpida, se inicia seguimiento por endocrinología que inicia metformina, dieta, ejercicio y control analítico. Con 7 años se presenta IMC >p95. Es valorada por psiquiatría, que confirma componente ansioso y función ansiolítica de la comida. Durante la adolescencia presenta empeoramiento y desarrollo de comorbilidades. Tiene desarrollo puberal normal pero la obesidad se agrava (IMC 35.71 y peso +4.73 DE) a los 15 años. Comienza con cefalea persistente y edema papilar que motiva valoración por neurología y realización de RMN, no patológica. Afectación femoropatelar intervenida con limitación de movilidad posterior. Hidrosadenitis supurativa controlada por dermatología. Ingresa en nutrición para control intensivo de peso. Actualmente, con control nutricional intensivo mantiene pérdida de peso. Se ha diagnosticado de obesidad mórbida, hiperinsulinismo reactivo, esteatosis hepática leve, hipercortisolismo analítico, cefalea por hipertensión intracraneal idiopática e hidrosadenitis supurativa. **Discusión:** Este es un caso que ejemplifica la importancia que tiene el papel del pediatra en la coordinación de la atención sanitaria en la edad pediátrica, especialmente con la obesidad, una alteración cada vez más frecuente con repercusiones enormes en la salud global de la población. Esta es una patología frecuente que según el estudio ALADINO 2015 de escolares de 6 a 9 años, la obesidad tiene una prevalencia del 18,1%, según los estándares de la OMS. Nuestra paciente, con 15 años ha requerido coordinación por el pediatra de AP de 6 especialistas

(Psiquiatría, Endocrinología, traumatología, dermatología, neurología, psicología), multitud de estudios (analíticas sucesivas, ecografía, RMN, ingreso programado, cirugía) por patologías derivadas de obesidad, con graves repercusiones en la calidad de vida en una etapa clave del desarrollo como es la adolescencia. Con este caso se pretende remarcar la importancia del pediatra de AP en la valoración, control y coordinación de la asistencia de adolescentes con obesidad.

HIPERHIDROSIS EN EL ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Martín Talavera M.; Espinos Martínez A.; Díaz-Cano Carmona E.;
Coronel Rodríguez C.; González Soria MD.
H. Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La hiperhidrosis se caracteriza por un exceso en la producción de sudor. La hiperhidrosis focal primaria se considera actualmente de etiología idiopática y parece ser el resultado de una hiperactividad del sistema nervioso simpático. Ha sido clásicamente considerada un problema de la edad adulta, sin embargo, ésta afecta aproximadamente al 1,6% de los adolescentes y el 0,6% de los niños prepuberales. Las localizaciones afectadas en los adolescentes son palmas, plantas y axilas siendo frecuente que ello afecte psicológica y socialmente a los mismos. **Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 10 años de edad que acude a consulta por hiperhidrosis palmar con signos de sobreinfección. Refiere que cada vez es más intensa y continua, asociando prurito de forma intermitente. Al ampliar la historia clínica apreciamos que ello afecta cada vez más a su calidad de vida, ya que le dificulta la realización de tareas comunes como manejar elementos para la escritura o sujetar el manillar de la bicicleta. Sus compañeros rechazan darle la mano o tocar elementos que ella ha utilizado debido al exceso de sudor por lo que refiere sentirse acomplejada por este problema. Como antecedentes familiares destaca una prima hermana intervenida por la misma patología a los 18 años y como antecedentes personales una ictiosis presente desde el nacimiento, asintomática desde los 2 años de edad. La sobreinfección se trató con mupirocina y prednicarbató con evidente mejoría en una semana. Respecto a la hiperhidrosis, comenzó tratamiento con clorhidrato de aluminio al 20% y se derivó a dermatología pediátrica para estudio y tratamiento. Por parte de dermatología se han realizado diversas terapias con mejoría transitoria, pero sin obtener resultados eficaces. **Discusión y conclusiones:** La hiperhidrosis en el adolescente frecuentemente conlleva un impacto en la vida de los mismos, lo que puede suponer un estrés emocional y social añadido. El diagnóstico y tratamiento precoz puede mejorar significativamente la calidad de vida de estos pacientes.

INSUFICIENCIA SUPRARRENAL POR CORTICOIDES INHALADOS. LA ASTENIA COMO SÍNTOMA VS DISTIMIA EN ADOLESCENTE

Espejo Díaz,
Centro Hospitalario de Mérida

Introducción: Los corticosteroides inhalados (CI) son fármacos habituales en el tratamiento de las enfermedades pulmonares crónicas. El avance en los dispositivos de inhalación y los nuevos fármacos permiten aumentar la concentración del fármaco en el pulmón. Sin embargo, aumenta también el riesgo de absorción sistémica, y los efectos secundarios comienzan a asemejarse a la corticoterapia oral (CO). **Caso clínico: Antecedentes:** 29 semanas de edad gestacional. Dermatitis atópica. Asma persistente grave. Sensibilizado neuromoalérgenos. **Tratamiento:** Salmeterol/fluticasona 100/500mcg y Montelukast (Escalón 5-6 GEMA) Anamnesis: 12 años. Se mantiene

estable, sin crisis de broncoespasmo ni tos nocturna. No CO en el último año. Buena adherencia al tratamiento crónico. Refiere astenia y baja tolerancia al ejercicio leve-moderado, sin tos. Cuando realiza educación física en el instituto, necesita que le recojan en coche. Refiere bajo ánimo y escasa vida social. Pruebas complementarias: Espirometría forzada normal. Hemograma: eosinofilia 530/c. Bioquímica: normal salvo cortisol basal: 1.46mcg/dl (6.2 -19.4), ferritina: 21.6ng/ml e IgE total: 726kU/L. TC tórax: Normal. Exploración física: Peso: 46kg; Talla 148cm. ACP: Sibilancias aisladas. Resto normal. Diagnósticos: Asma grave, sensibilización neuromoalérgenos, insuficiencia suprarrenal (is) secundaria a CI. **Evolución:** Inicia tratamiento con Omalizumab (uso compasivo) para disminuir dosis de CI y tratamiento sustitutivo con hidraltesona. Buena evolución, camina 10-15 minutos/día y practica deporte dos días a la semana con buena tolerancia. **Discusión:** En nuestro medio, la causa más frecuente de IS pediátrica es secundaria a corticoides exógenos. Si la IS se instaura lentamente la sintomatología puede ser sutil e insidiosa. En nuestro caso, se ralentizó el diagnóstico por confundir la astenia sintomática con la actitud adolescente. El principal riesgo son las crisis suprarrenales agudas ante situaciones de estrés, que puedan comprometer la vida del paciente. No existe consenso sobre el método ideal y/o la necesidad de un seguimiento del funcionamiento suprarrenal en pacientes con corticoterapia crónica. La creciente prevalencia de supresión del eje en pacientes con CI, generalmente con altas dosis pero también con moderadas-bajas, hace que el pediatra deba tenerlo en cuenta tanto en el seguimiento como en el diagnóstico diferencial.

VARIABILIDAD EN LA PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN PEDIATRÍA, SEGÚN LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EMPLEADOS

Bermúdez Guerrero JA.⁽¹⁾; Otero Aguilar P.⁽¹⁾; Guisado Rasco C.⁽¹⁾;
Martín Talavera M.⁽²⁾; Bermúdez De la Vega JA.⁽²⁾

⁽¹⁾CS Mercedes Navarro, Sevilla, ⁽²⁾H.Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: La obesidad constituye el principal problema de salud pública de los países desarrollados. Los adolescentes obesos pueden presentar síndrome metabólico, entendido como un conjunto de FRC que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus. La definición de síndrome metabólico en los adolescentes resulta controvertida y existen diferentes sistemas de puntuación para diagnosticarlo. **Objetivos:** 1. Averiguar la prevalencia de síndrome metabólico (SM), según tres definiciones del mismo, en obesos púberes. 2. Identificar, en una población de obesos púberes de raza caucásica, factores de riesgo cardiovascular (FRC) "clásicos" y "emergentes" (ácido úrico, fibrinógeno y PCR-ultrasensible). 3. Estudiar si existe correlación entre la aparición de FRCV con edad, IMC (DE, %), perímetro abdominal y estadio puberal. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal de pacientes púberes, con obesidad exógena (IMC>2 SDS, 120%). Estudiamos a 60 pacientes púberes obesos, de 10 a 15 años de edad, con estadio de desarrollo puberal II a V de Tanner, de ambos sexos, durante un periodo de inclusión de 4 meses. **Resultados:** En cuanto a la aparición de factores de riesgo cardiovascular clásicos, el 98.3% presentó un perímetro abdominal de > 2 SDS (media, 4.49 + 1.5 SDS), el 20% hipertensión arterial sistólica, el 11.7% un perfil lipídico alterado, el 13% una glucemia basal alterada y el 15% una intolerancia a la glucosa. Entre los factores de riesgo cardiovascular "emergentes", un 91.6% de pacientes estudiados, una fibrinogenemia de > 300 mg/dl (media, 379.7 + 47.5). La PCR-ultrasensible > 3 mg/l, se detectó en un 36.6% de los obesos púberes. Se constató hiperuricemia en el 2.4% de los casos, aunque en el 36.6%

los valores de uricemia se hallaban en el cuartil superior de la normalidad. Sólo tres niños presentaron valores de homocisteína > 15 µmol/L (5%). La incidencia de SM fue del 10% según los criterios IDF 2007, del 20% según los ATPIII modificados 20% y del 32.8% según los de la OMS adaptada. **Conclusiones:** En una población de adolescentes púberes con obesidad moderada-intensa, de componente abdominal marcado, se detectó una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. El SM apareció entre el 10 y el 30% de los casos, según la definición empleada. Sería deseable un consenso internacional para decidir los criterios definitorios de síndrome metabólico durante la pubertad. El grado de obesidad y perímetro abdominal guardaron relación entre sí y con las cifras de tensión arterial sistólica, HbA1c, ácido úrico y fibrinogenemia.

ASOCIACIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 1, HIPERTIROIDISMO Y ENFERMEDAD CELIACA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Gacimartín Valle, P.; Pérez España, A.; González-Lamuño Sanchís, C.; Fraile García, L.; Bahillo Curieses, P.
H. Clínico Universitario Valladolid

Introducción: La diabetes mellitus tipo 1 a (DM1a) se asocia con frecuencia a otras enfermedades autoinmunes (EA), siendo la enfermedad tiroidea (ETA) la más prevalente. Hasta un 50% de los pacientes con DM1a presentan anticuerpos antitiroideos, progresando a ETA hasta el 50% (con claro predominio de hipotiroidismo primario sobre hipertiroidismo primario). La prevalencia de enfermedad celiaca (EC) es también mayor en sujetos con DM1a. Presentamos dos adolescentes con asociación clínica de DM1, hipertiroidismo autoinmune y EC.

Caso 1: Paciente de 15,8 años diagnosticada de DM1a a los 5 años (Ac anti GAD positivos). Tratamiento con múltiples dosis de insulina (MDI), iniciando tratamiento con infusión continua subcutánea de insulina (ISCI) a los 11,7 años, con aceptable control metabólico (dosis insulina 1 UI/kg/día, HbA1c media 7%). EC diagnosticada a los 9 años. Autoinmunidad tiroidea positiva en los últimos años, con diagnóstico reciente de hipertiroidismo ante presencia de temblor distal (TSH 0.01 mcU/ml, T4 libre 1,73 ng/dl, Ac antiTGB 231 U/ml, Ac antireceptor TSH 4,73 UI/l), iniciando tratamiento con metimazol (0,15 mg/kg/día), con buena respuesta. **Caso 2:** Paciente de 14,2 años diagnosticada de DM1a a los 7,3 años (Ac anti GAD y anti IA2 positivos). Diagnóstico concomitante de EC. Tratamiento con MDI, iniciando tratamiento con ISCI a los 13,1 años. Buen control metabólico (dosis insulina 1,1 UI/kg/día, HbA1c media 6,6%). Autoinmunidad tiroidea positiva en últimos controles con diagnóstico de hipertiroidismo a los 12,5 años al constatarse temblor y pérdida ponderal (TSH 0,01 mcU/ml, T4 l 3,23 ng/dl, Ac antiTPO 314 U/ml, Ac antiTSHR 14,4 U/L), iniciando tratamiento con metimazol a 0,3 mg/kg/día. **Discusión:** Es fundamental un despistaje sistemático de EA en pacientes con DM1a, incluso en ausencia de signos clínicos característicos. La enfermedad tiroidea no diagnosticada empeora el control metabólico de la DM1 y aumenta el riesgo cardiovascular. El hipotiroidismo primario es la ETA que se asocia con más frecuencia a DM1, siendo importante prestar atención a la presencia de signos de hipertiroidismo, ya que, aún siendo infrecuente, es otra de las asociaciones descritas en estos pacientes.

ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO Y DE LA SED

Girón del Río R.⁽¹⁾; Ortega Navaridas M.⁽¹⁾; Márquez Rivera M.⁽¹⁾; Gacimartín Valle P.⁽¹⁾; Argente J.^(1,2,3).

⁽¹⁾Servicio de Endocrinología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús;

⁽²⁾Departamento de Pediatría. Universidad Autónoma de Madrid;

⁽³⁾CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición. Instituto de Salud Carlos III. Madrid

Introducción: La patología psiquiátrica es muy prevalente en la adolescencia y por tanto es imprescindible realizar una buena anamnesis y exploración física para descartar organicidad. **Caso clínico:** niña de 10 años y 9 meses que presenta astenia, hiporexia, y pérdida ponderal de 11 kg de 7 meses de evolución, asociado a poliuria, polidipsia y nicturia. Sin historia de cefaleas ni alteraciones visuales. Antecedentes personales: TDAH diagnosticado a los 8 años en tratamiento con metilfenidato. A los 11 años y 2 meses comienza con cefaleas y vómitos, atribuidos a origen psicógeno. Asocia alteración del comportamiento con auto y heteroagresividad, iniciándose tratamiento con fluoxetina. Ingresa en Psiquiatría de nuestro hospital a los 11 años y 5 meses. Exploración física: aspecto desnutrido, palidez cutánea. Peso 25,7 Kg (-1,6 DE), talla 140 cm (-1,8 DE), IMC: 13,1 kg/m² (-1,9 DE). Estadio puberal Tanner II. Como parte del estudio para descartar organicidad, se realiza una resonancia magnética craneal (RMC) objetivándose una tumoración selar-supraselar (39 x 35 x 25 mm) con hidrocefalia de los ventrículos laterales y edema transependimario. Se interviene para implantación de válvula de derivación ventrículo-peritoneal, septostomía y biopsia. Anatomía patológica: germinoma puro. Pruebas complementarias: test de restricción hídrica compatible con diabetes insípida central. T4L: 0,55 ng/dl, TSH: 1,85 mcUI/ml (compatible con hipotiroidismo central). Se inicia tratamiento sustitutivo con levotiroxina y desmopresina sublingual. Por parte de Oncología recibe tratamiento con radioterapia craneal estereotáxica fraccionada (40 Gy) durante los dos meses posteriores a la cirugía. RMC de control: sin restos de la lesión descrita previamente, sin poder descartar restos tumorales. A la edad de 13 años y 3 meses (edad ósea: 13 años) en ausencia de progresión del desarrollo puberal (test de LHRH: hipogonadismo hipogonadotropo), comienza tratamiento con estrógenos transdérmicos (0,1-0,2 µg/Kg) incrementándose la dosis progresivamente hasta obtener un adecuado desarrollo mamario y uterino, asociando posteriormente progestágenos. **Comentarios:** Se debe descartar organicidad en los trastornos que impresionan de patología psiquiátrica, y vigilar la asociación de poliuria, polidipsia y alteraciones del comportamiento. El 68% de los tumores germinales se diagnostican entre los 10 y los 21 años, siendo el síntoma inicial una diabetes insípida, con poliuria y polidipsia como síntomas aislados durante meses. Ante la posible aparición de alteraciones hormonales y metabólicas en el futuro, estos pacientes precisan un seguimiento exhaustivo por parte del endocrinológico pediátrico.

NÓDULO TIROIDEO Y DISNEA

Márquez Rivera M.; Girón Del Río R.; Ortega Navaridas M.; Corredor Andrés B.; Pozo Román J.

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

Caso clínico: Niña de 14 años y 6 meses, sin antecedentes personales de interés, salvo "tics" motores. Acude a Urgencias por palpación de tumoración cervical, ligeramente dolorosa, sin fiebre ni signos inflamatorios, sin disnea ni disfagia. Se realiza ecografía cervical urgente, donde se objetiva un nódulo tiroideo heterogéneo de 43x23x33 mm. El hemograma, los reactantes de fase aguda y la función tiroidea fueron normales, siendo dada de alta con cita en Endocrinología, indicando los signos de alarma que justificarían una nueva visita a Urgencias. Esa misma tarde consulta nuevamente en urgencias por presentar disfagia y disnea. La exploración y las constantes respiratorias fueron normales, pero ante la sospecha de un rápido crecimiento con infiltración y compresión de la vía respiratoria, datos sugerentes de posible malignidad del nódulo tiroideo, se realiza nueva TAC cervical urgente, que muestra: nódulo tiroideo

izquierdo de 25x28x32 mm, sin características sugestivas de malignidad, que desplaza mínimamente la tráquea y comprime parcialmente la vena yugular interna. Tras administración de corticoide i.v. es trasladada a la UCIP para una adecuada vigilancia. Durante su ingreso en UCIP y, posteriormente, en planta de Endocrinología, continúa refiriendo disfagia y sensación de disnea. La ausencia de estridor, tiraje y sialorrea, con auscultación y constantes hemodinámicas y respiratorias normales, así como la aparición de la sintomatología sólo unas horas después de conocer el diagnóstico de nódulo tiroideo, hizo sospechar la posibilidad de una base psiquiátrica. Al rehistoriar a la paciente, reconoció estar "algo nerviosa y preocupada" y presentar antecedentes de personalidad con bajo umbral para la ansiedad. Se realizó nueva ecografía que descartó compresión de la vía aérea, siendo diagnosticada de cuadro de ansiedad secundario al diagnóstico de nódulo tiroideo y con mejoría espontánea de la sintomatología. **Conclusión:** Ante la presencia de síntomas subjetivos, no corroborados por la exploración y pruebas complementarias, se debe tener en cuenta la posibilidad de sintomatología psiquiátrica acompañante que artefacte la forma de presentación de una enfermedad, especialmente en la pubertad, donde el narcisismo y la preocupación por el "yo" son ejes centrales de la personalidad.

ADOLESCENTE CON HIPERTENSIÓN.

¿COMO HEMOS LLEGADO HASTA AQUÍ?

Ramos Contreras, A.; Lupiani Castellanos, MP; Balboa Jiménez, AL.
UGC. Joaquín Pece. San Fernando. UGC Casines. Puerto Real. Cádiz

Vivimos en una sociedad obesógena. La obesidad es ya una epidemia en los países desarrollados, representando un 20-30% de la población pediátrica. Multicausalidad: dieta hipercalórica, sedentarismo, excesos de horas de "pantallas"... Sus consecuencias empiezan a ser devastadoras. **Caso clínico:** Anamnesis: Paciente de 13 años, mujer, acude a revisión por obesidad, con su pediatra. Su núcleo familiar está formado por el padre, con sobrepeso e HTA, madre con sobrepeso e hipotiroidismo y una hermana, sana, más pequeña, que ya empieza a ganar peso. En la exploración observamos cifras de TAS y TAD, por encima del P99 para su edad, sexo y talla, que se corrobora en sucesivas consultas. Es mala estudiante y le encanta comer, ver la TV y no hace ejercicio. Fue derivada a Endocrinología a los 7 años, sin lograr cambiar sus hábitos de vida. **Exploración:** Peso: 107 kg (P99, 5.17 DE) Talla: 157 cm (P33) IMC: 43.41% (P99, 6.17 DE). ACR: normal. Abdomen: blando, depresible, no masas ni megalias. No rasgos dismórficos. Estrías rojo vinosas en abdomen y muslos. Acantosis en cuello y axilas. Tanner V. No bocio. TA: 140/106. Pruebas complementarias: Analítica: hiperinsulinismo e hiperandrogenismo ovárico. Ecografía abdominal: Esteatosis hepática... Estudio renal, EKG, fondo de ojo y ecocardiograma normales. **Diagnóstico:** Obesidad Exógena Mórbida (IMC: 43.41% P>99 +6.17 DE). HTA. Hiperinsulinismo. Hiperandrogenismo ovárico. **Tratamiento:** Dieta+ ejercicio (gimnasio)+ metformina. **Evolución:** En 3 meses ha perdido 15 kg, controles tensionales normales y mejoría importante en su rendimiento escolar. **Discusión:** La paciente y su familia reaccionaron ante la aparición de la HTA y sus posibles consecuencias. Existe escasa concienciación social de que la obesidad infantil es un serio problema de salud y de la gran repercusión en su calidad de vida a corto/medio plazo. Debemos hacer un recordatorio activo en todas las consultas de Pediatría y Medicina de Familia de la necesidad de hábitos saludables, felicitando los logros y negociando nuevos objetivos. Los padres han de ser referente/modelo de estilo de vida. Nuestra lucha contra la obesidad debe ser incansable, no olvidemos que mata más que el hambre.

ADOLESCENTE CON BOCIO MULTINODULAR

Lastra Martínez, LA.; Rubín de la Vega, E.; Monsalve Saiz, M.;
Pérez Gil, E.; Naranjo González, C.
CS de Rubayo. Cantabria CS Solares, Cantabria

Introducción: El bocio multinodular es un bocio con estructura nodular y normofunción tiroidea que generalmente se diagnostica en el adulto a partir de la tercera o cuarta década de la vida. Es una patología muy poco común durante la infancia y los casos descritos hasta el momento son en su mayoría en adolescentes. **Caso clínico:** Anamnesis: Adolescente mujer de 15 años de edad que presenta desde hace 1 mes abultamiento en cuello que ha aumentado en las últimas 48 horas y varía de tamaño durante el día. Refiere disfonía con pérdida de voz en alguna ocasión, molestias con opresión de vías respiratorias cuando gira la cabeza con sensación de disnea. Madre y abuela materna con enfermedad de Graves-Basedow. Exploración física: Bocio visible a distancia (grado 3 de la OMS) con aumento irregular, de consistencia blanda y nódulo de mayor tamaño ligeramente doloroso a la palpación en istmo y lóbulo izquierdo. Pruebas complementarias: El tiroides se muestra normofuncionante con TSH de 1.19 mIU/ml y T4L 1.01 ng/dl, Ac anti-tiroglobulina y anti-peroxidasa negativos. En la ecografía de cuello el tiroides está aumentado difusamente de tamaño, observándose múltiples nódulos en su interior. El estudio gammagráfico presenta hallazgos compatibles con bocio multinodular con áreas frías de morfología nodular. **Diagnóstico y evolución:** Con el diagnóstico de bocio multinodular eutiroides y dada su sintomatología compresiva se decide intervenirle mediante tiroidectomía total. El informe anatomopatológico muestra hiperplasia nodular tiroidea con ausencia de signos de malignidad. Actualmente se mantiene con 125 mcg diarios con cifras normales de TSH. **Discusión:** Desde los años 80 son muy pocos los casos de bocio multinodular publicados en edad pediátrica, y la mayor parte de ellos, como el caso que nos ocupa se producen en adolescentes. Nuestra paciente manifestaba frecuente disfonía asociada a disnea en determinadas posiciones de la cabeza por lo que se decidió el tratamiento quirúrgico. En las dos últimas décadas se realiza tiroidectomía total puesto que reduce de forma importante la posibilidad de recurrencia en los siguientes años a la vez que disminuye las complicaciones asociadas a otras técnicas: hipoparatiroidismo y parálisis de nervio recurrente.

DOLOR TORÁCICO COMO DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Gómez-Limón Rivera, MC.
Centro Salud Párroco Julio Morate. Madrid

Caso clínico: Anamnesis: niña de 12 años que acude por dolor torácico de 3 días evolución localizado en zona costal inferior derecha, que aumenta en la inspiración. No antecedente traumático. No otros síntomas asociados. **Exploración:** Auscultación cardio-pulmonar con buena ventilación bilateral sin ruidos patológicos, ni soplos, ni arritmias. Resto normal. Pruebas complementarias: Radiografía de tórax: leve derrame pleural derecho confirmado por ecocardiografía. Se pautan antiinflamatorios, persistiendo la sintomatología, añadida a dolor en la pierna izquierda e inflamación de la misma. Se remite de urgencias al hospital donde completan las pruebas de laboratorio con trombocitopenia, tiempo de protrombina alargado, fibrinógeno de 482 mg/dl, anticuerpos antinucleares (ANA) fuertemente positivos, antiDNA positivo, anti-SSA positivo, X-ANCA positivo y anticuerpo lúpico positivo. Ecodopler de miembros inferiores: trombosis venosa poplítea izquierda. Angiotomografía: tromboembolismo pulmonar bilateral. **Diagnóstico:** lupus eritematoso sistémico + trombosis venosa

poplítea izquierda + tromboembolismo pulmonar. **Conclusión:** El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad reumática autoinmune de causa desconocida, caracterizada por anticuerpos dirigidos frente a antígenos propios de órganos diana. La historia natural es impredecible, siendo de predominio femenino. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son fiebre, astenia, artralgias y erupción malar siendo muy raras en la infancia las lesiones discoides. Otras manifestaciones son artritis, serositis, miositis, tendinitis, vasculitis con afectación del corazón, riñón, pulmón y neurológicas. **Diagnóstico:** Combinación de clínica y laboratorios. Existen criterios diagnósticos (11 criterios, 4 o más para diagnóstico). Anticuerpos: ANA, antiDNA bicatenario (marcadores de actividad de enfermedad), antiSSA, antiSSB, antifosfolípidos, antihistonas. **Tratamiento:** Dependerá de la gravedad y del órgano afectado: antiinflamatorios no esteroideos, anticoagulación, corticoides orales (prednisona, prednisolona), hidroxicloroquina y citostáticos (azatriopina, metotrexate).

¿SON FUNCIONALES LAS FAMILIAS DE NUESTROS ADOLESCENTES?

Liquete Arauzo, L.; Pérez Ruiz, E.; Rodríguez Molinero, L.;

Marugán de Miguel Sanz, JM.; Riquelme García, J.

Centro de Salud "Eras del Bosque" Palencia. H. Recoletas Campo Grande. Valladolid H. Clínico Valladolid

Antecedentes: La adolescencia es una etapa en que la intelectualización y la búsqueda de la identidad personal modifican las demandas que el joven hace al núcleo familiar, a la vez que abre la puerta a nuevas influencias. En este período, la funcionalidad de la familia es crucial, pudiendo constituir un factor de protección que favorezca una integración social exitosa o, por el contrario, siendo un factor limitador. **Objetivo:** Conocer la funcionalidad familiar medida por el Apgar Familiar en adolescentes entre 13 y 18 años escolarizados en Castilla y León (curso 2014-15). **Material y Métodos:** Estudio descriptivo transversal de período. Muestreo aleatorio bietápico por conglomerados. Estimando una probabilidad del 50% en las respuestas, margen de confianza del 95,5% y probabilidad de error en contraste bilateral del 1,7%, obtuvimos una muestra de 3.343 adolescentes. Se utilizó un cuestionario estandarizado, telemático y anónimo que incluía el Apgar familiar. **Resultados:** la funcionalidad familiar (Apgar familiar) en la población adolescente castellanoleonés es de $8,1 \pm 1,99$. El 82,1% de los hogares son funcionales, el 14,7% moderadamente disfuncionales y el 3,2% son disfuncionales. La funcionalidad familiar se ve disminuida por los problemas económicos, los cambios en la estructura familiar, las extensas jornadas de trabajo y la falta de formación académica de los padres, una relación conflictiva entre la pareja y por el fallecimiento de alguno de los progenitores. **Conclusiones:** la funcionalidad familiar en adolescentes es, en general, buena. Sin embargo, hay agentes intra y extrafamiliares que la modifican. Conocer la naturaleza e impacto de dichos factores sobre la funcionalidad familiar, es una invitación a la reflexión sobre nuestra sociedad.

PATOLOGÍA PSICODERMATOLÓGICA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO.

¿QUÉ NOS DICE LA PIEL DE NUESTROS ADOLESCENTES?

Ribes Hernández, P.; Guerrero Alzola, F.; Nieto Serrano, A.;

Casas Rivero, J.; Salmerón Ruiz, MA.

Hospital Infantil universitario La Paz. Madrid

Introducción y objetivos: La psicodermatología es una nueva forma de entender la interacción entre mente y piel, mediante la cual los trastornos psicológicos causan enfermedades dermatológicas y

éstas causan trastornos psicológicos. Clasificación de los trastornos psicodermatológicos: •Trastornos psicofisiológicos. •Trastornos psiquiátricos primarios con síntomas dermatológicos •Trastornos dermatológicos con síntomas psiquiátricos. •Miscelánea. El objetivo de nuestro estudio fue determinar la prevalencia del segundo bloque de la clasificación (Trastornos psiquiátricos primarios con síntomas dermatológicos) y su evolución en los adolescentes de una unidad de Medicina de la Adolescencia. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo en el que se recogieron datos de pacientes con diagnóstico de un trastorno psiquiátrico primario con manifestación cutánea moderada/grave en nuestro servicio en los últimos 3 años. No se recoge el tratamiento psicológico. Se excluyeron las autolesiones por cortes. **Resultados:** Recogimos 11 casos de los cuales 9 (82%) eran mujeres. La edad media al diagnóstico fueron 13,5 años. Diagnósticos: • 5 casos de tricotilomanía (45%) • 2 trastornos por excoriación • 1 Trastorno obsesivo compulsivo con dermatitis por lavado de manos • 1 urticaria crónica refractaria • 1 pseudonódulos en nudillos • 1 trastorno dismórfico corporal (TDC). 6 pacientes tenían comorbilidad psiquiátrica asociada y 2 problemas sociales graves. Recibieron tratamiento farmacológico 10 pacientes: • 9 con ISRS, • 1 clomipramina (posteriormente se cambió a ISRS), • 2 benzodiazepinas, junto con ISRS, • 2 N-acetilcisteína, •1 Risperidona. El paciente con TDC rechazó tratamiento. **Evolución:** • 7 pacientes han mejorado tras el tratamiento con ISRS con intervalos de exacerbación. • El paciente con urticaria crónica refractaria se curó. • Una tricotilomanía perdimos el seguimiento, • El caso de los pseudonódulos lleva poco tiempo de tratamiento. La N-acetilcisteína fue ineficaz. La risperidona hubo que retirarla por aumento de peso. **Conclusiones:** • El médico que atiende a adolescentes recibirá a este tipo de pacientes por una patología dermatológica, con poca respuesta a tratamiento habitual y/o sin objetivar patología de base. Será en la anamnesis, realizando un abordaje integral/biopsicosocial, donde será capaz de diagnosticar la patología psiquiátrica de base, pudiendo tratar ambas entidades. • El tratamiento debe focalizarse en disminuir el estrés, detectar y tratar comorbilidades psiquiátricas como depresión y ansiedad, manejar el aislamiento social y mejorar la autoestima.

DETECCIÓN PRECOZ DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

Sánchez González, A.; Tapia Trujillo, E.; Jiménez Cabeza, S.;

Cabezas Berdión, C.; Sánchez López, Á.

Pediatría del HUVR (Sevilla), CS El Greco (Sevilla)

Introducción: La prevalencia de depresión en adolescentes oscila entre el 4-8%. Presenta una alta tasa de cronicidad y unos costos económicos elevados; pudiendo originar problemas académicos, abuso de drogas, y en algunos casos suicidio, segunda causa de muerte en este grupo etario. Por todo esto es fundamental la detección precoz del problema. **Caso clínico:** Paciente de 13 años con antecedentes familiares de depresión y trastornos de la conducta alimentaria, convive con abuela materna tras la separación de sus progenitores, ambos con familias reconstituidas. Como antecedentes personales destacan obesidad e hipertiroidismo autoinmune, con bocio y exoftalmos a la exploración, en tratamiento con anti-tiroideos. Comienza con un cuadro de trastorno del estado de ánimo apareciendo síntomas de disforia, anhedonia, insomnio y disconformidad con su imagen corporal, asociando ansiedad que calma con la comida. Presenta ideas de muerte y lesiones con fines autolíticos. En el colegio mantiene un aceptable rendimiento escolar, pero sufre las burlas de sus compañeros. Diagnosticada de trastorno depresivo, precisa psicoterapia y tratamiento farmacológico con antidepresivos

(fluoxetina). **Discusión:** Nuestro caso pone de manifiesto el origen multifactorial de la depresión en adolescentes. El género constituye un factor de riesgo, encontrándose el doble de prevalencia en el sexo femenino. Los acontecimientos traumáticos en la niñez temprana, como la separación de los progenitores o el acoso escolar, pueden influir en su desarrollo. Los antecedentes de depresión en la familia u otros trastornos psiquiátricos comórbidos también son predisponentes. No debemos olvidar el examen físico exhaustivo, pues existen causas orgánicas como la obesidad y los trastornos tiroideos que se asocian a un mayor riesgo de trastornos depresivos, ambos presentes en nuestra paciente. Se han descrito los efectos beneficiosos de los programas de cribado, siendo fundamental la comunicación abierta y la colaboración tanto de la familia como del personal educativo. Por ello, los pediatras de atención primaria deben estar alerta para identificar los factores anteriormente expuestos y propiciar así una intervención temprana del problema, a pesar de lo cual se estima que cerca de la mitad seguirán teniendo problemas de depresión en la edad adulta.

EXPERIENCIA CON GUANFACINA-XR EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Rodríguez Sánchez, C.; Ochoa Fernández, BM.; Guerrero Alzola, F.; Casas Rivero, J.; Salmerón Ruiz, MA.

Hospital Infantil universitario La Paz. Madrid

Introducción: Guanfacina de liberación retardada [GXR] es un fármaco aprobado en España desde enero/2017 para tratamiento del TDAH de 24 horas de efecto. Es un agonista selectivo de los receptores $\alpha 2A$. Ha demostrado utilidad en monoterapia y tratamiento combinado, especialmente cuando existe respuesta insuficiente con estimulantes o se acompaña de comorbilidades (ej.: trastorno negativista desafiante, tics). Los efectos adversos se presentan en más del 5%, y consisten principalmente en somnolencia, cefalea, disminución de apetito, dolor abdominal, náuseas y xerostomía. **Objetivos y metodología:** Los objetivos fueron: - Estudiar la tolerancia y efectividad clínica de GXR en pacientes diagnosticados de TDAH. - Valorar la reducción de dosis de antipsicóticos en pacientes tratados con GXR. Se recoge una serie de casos de pacientes tratados con GXR, que se diagnostican y siguen de TDAH en la Unidad de Adolescentes. **Resultados:** Se recogen 28 pacientes, 70% varones. Los diagnósticos al iniciar el tratamiento fueron: - 78% TDAH con trastornos de conducta. -11% TDAH, tics y trastornos de conducta. 11% TDAH como único diagnóstico. En el 41% de los casos se retiró el fármaco por falta de tolerancia (80%) o por falta de respuesta (20%). Los pacientes que toleraron la GXR (59%) alcanzaron una dosis media de 0.08 mg/kg.

El 68% de los pacientes (19 casos) estaba tratado con antipsicóticos previamente a la introducción de GXR y el 100% con psicoestimulantes. Con el tratamiento con GXR se pudo reducir la dosis de antipsicóticos en 9 pacientes (47%) y retirar totalmente en 6 (32%). En el 21% restante no pudo reducirse dosis, coincidiendo con los pacientes que no mantuvieron el tratamiento con GXR. **Conclusiones:** GXR ayuda a estabilizar algunos de los comportamientos disruptivos de los pacientes con TDAH con trastornos asociados permitiendo en ocasiones disminuir o retirar la dosis de antipsicóticos. En nuestra experiencia, no ha sido posible disminuir la dosis de estimulante. La dosis media es de 0.08mg/kg por la no tolerancia a dosis mayores, no siendo posible alcanzar en algunos casos la dosis efectiva recogida en la bibliografía de 0.12mg/kg por aparición de efectos adversos. La suspensión del tratamiento ha sido en su mayoría por efectos adversos.

DUDAS ANTE UN POSIBLE MALTRATO O EL DEBUT DE PSICOPATOLOGÍA EN EL ADOLESCENTE.

Armenteros Cortés G.⁽¹⁾; Jiménez Guerrero J.⁽²⁾; Sampedro Abascal C.⁽¹⁾; Fernández Molina C.⁽¹⁾; García Saldaña P.⁽¹⁾

⁽¹⁾Centro de Salud de Tomares. Tomares. Sevilla. ⁽²⁾Servicio de Urgencias Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla

Introducción: La sola sospecha de maltrato, con independencia de la edad de presentación es de vital importancia por lo que debemos actuar en consecuencia ante cualquier atisbo del mismo. **Caso clínico:** Anamnesis: Adolescente mujer de 13 años llevada al servicio de urgencias por sus padres refiriendo que la insultan y le pegan. Sus padres comentan actitud desafiante habitual, rabietas frecuentes, impulsividad y negativa a la higiene diaria, estando desbordados por la situación. Antecedentes Personales: Episodio ansioso que fue valorado por Salud Mental, alta del proceso. No tratamiento médico habitual. Ante la sospecha de posible maltrato se contactó con Juez de Guardia. Se indicó continuar con procedimiento médico habitual enviándose policía judicial para entrevista y elaboración de informe propio. **Exploración:** Poco colaboradora. Discurso estructurado y coherente. No ideas delirantes aparentes. No alteraciones formales del pensamiento. No alucinaciones. No fenómenos de difusión del yo. Ánimo no explorable. No ideación suicida. No alteraciones psicomotoras. Exploración física Normal. No se evidencian lesiones externas ni datos sugestivos de maltrato a la exploración. **Diagnóstico:** Trastorno de conducta a filiar. Problemática familiar. **Tratamiento:** Observación domiciliaria, seguimiento con su Pediatra a valorar derivación a Salud Mental. **Evolución:** Se descartó la posibilidad de maltrato con la intervención de la policía judicial y la ausencia de datos de alarma. Se derivó a Salud Mental de zona descartándose patología orgánica cerebral con Resonancia Magnética de cráneo normal, analítica normal. Diagnóstico de probable trastorno psicótico a filiar, se inicia tratamiento con aripiprazol y fluoxetina con necesidad de ajuste de dosis por reagudizaciones, sin requerir ingresos pero si valoraciones frecuentes por Psiquiatría. **Discusión:** Ante la duda de un posible maltrato debemos siempre seguir la normativa y los cauces propios establecidos a tal efecto. La adolescencia es una etapa con características específicas debido a los cambios que se producen en este periodo, siendo motivo en ocasiones de crisis individuales. Es importante actuar en consecuencia sin perder la visión global del paciente y descartar patología incipiente que en muchos casos puede verse enmascarada por las características inherentes en esta etapa de la vida.

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y DE LA IMAGEN CORPORAL EN LA PRE-ADOLESCENCIA.

Mate García, MA.; Urgellés M.; Tomasini, R.; Molina, F.; Cilveti, R.
Cap. Terrassa Sud, Mutua Terrassa

Introducción: La prevalencia de la Anorexia Nerviosa es de 2.2-3.6%, con una relación hombre /mujer de 1/10. El 85% aparece entre los 14-18 años, pero los Trastornos de la Imagen corporal y del Comportamiento Alimentarios son cada vez más frecuentes a una edad más precoz en la pre-adolescencia. Exponemos 3 casos recientes. **Casos clínicos:** 1) Niña de 12 años: Consulta por astenia y pérdida de 13 kg de peso en los últimos 6 meses y amenorrea. Está triste y ha disminuido rendimiento escolar. Vómitos autoinducidos en la comida, las 2 últimas semanas. Se autolesiona en brazos, cortes, como conducta ansiolítica. Ha consultado en redes sociales, y pertenece a un grupo de Instagram, página pro-Ana. Se pesa antes y después de cada comida, y hace ejercicio en casa y fuera. IMC 18. Inicio por pérdida de peso por

gastroenteritis y refuerzo positivo por su imagen posterior en su clase, Analítica normal, excepto cortisol elevado. Test CDI de depresión: 26. Se deriva a Psicología, 2 visitas y visita en 1 mes, si no evoluciona bien, Hospital de día. 2) Niña de 12 años. Consulta por disminución de la ingesta la últimas semanas, no menarquia. No vómitos. IMC 18, quiere perder peso por debajo de los 40 kg, Se pesa 5 veces al día y viste ropa ancha. Analítica normal, excepto ferritina baja. Test CDI: 19. Pendiente primera visita psicología. 3) Niña de 11 años con preocupación excesiva y distorsión de la imagen corporal. IMC correcto, Se pesa y mira al espejo varias veces. Enfado y crisis de ansiedad al vestirse por las mañanas y al comprar ropa, En el colegio el año previo comentarios sobre su peso, y actualmente amigas hablan sobre peso e ideal de imagen. Intervención psicológica precoz y mejora. **Discusión:** Dado que esta patología está en ascenso en la edad pediátrica, los pediatras de primaria deberíamos formarnos, para la prevención primaria y secundaria, detección precoz de los casos, valoración de la gravedad y actitud a seguir para tratar o derivar a centros especializados, ya que su atención precoz mejora el pronóstico.

ANOREXIA NERVIOSA -

RETRATO DE UN CASO DE PRESENTACIÓN PRECOZ

Fernandes, M.⁽¹⁾; Moleiro, P.⁽²⁾; Soares, M.⁽³⁾; Luz, A.⁽²⁾.

⁽¹⁾Servizo de Pediatria, Centro Hospitalar Cova da Beira; ⁽²⁾Unidade de Saúde e Medicina do Adolescente, Servizo de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria; ⁽³⁾Unidade de Pedopsiquiatria, Servizo de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria

Introducción: La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria asociada a una importante morbilidad y un gran impacto en la vida de los pacientes y sus familias. Su presentación es rara antes de los 12 años de edad. El tratamiento de la anorexia nerviosa en edades tempranas es desafiante, necesitando un seguimiento multidisciplinario estrecho. **Caso clínico:** Adolescente de 11 años del sexo femenino, enviada a la consulta de pedopsiquiatría por su médico de familia por reducción extrema de la comida asociada a pérdida de peso abrupta. En la evaluación inicial se confirmó este comportamiento asociado a pérdida de peso de 17 kg en 6 meses, distorsión de la imagen corporal y miedo a ganar peso. También había intensificado su actividad física, sin comportamientos de purga. Tenía un carácter perfeccionista y un alto rendimiento escolar. Fueron identificados factores de estrés familiar (con separación parental conflictiva y alteración del hogar), y diagnóstico de una enfermedad oncológica en un familiar. Se presentaba adelgazada, con Índice de Masa Corporal (IMC) 13.5 kg/m² (peso 28 kg; altura 1.44 m), extremidades frías, acrocianosis y bradicardia. Fue internada en el Servicio de Pediatría durante dos días, efectuado electrocardiograma (bradicardia sinusal) y evaluación analítica (sin alteraciones relevantes). Se estableció un plan alimenticio con apoyo de nutricionista, e inició intervención psicoterapéutica. Después del alta hospitalaria mantuvo seguimiento multidisciplinario (pedopsiquiatría, nutrición, medicina del adolescente y psicología), con terapéutica farmacológica (olanzapina) e intervención familiar y escolar. En ambulatorio se observó un progreso lento con avances y retrocesos en el peso. Recuperó, en total, 7.65 kg teniendo un IMC de 16.3 Kg/m² en la última evaluación (9 meses después del diagnóstico). **Discusión:** Una intervención adecuada y oportuna fue indispensable para la buena evolución de la paciente. Se subraya la gravedad de la presentación, decidiéndose un internamiento breve inicial, y la importancia del trabajo multidisciplinario, con intervención en la familia y en la escuela. La disponibilidad del equipo multidisciplinario para un seguimiento regular (a veces sema-

nal) ha tenido particular importancia para una evolución y pronóstico favorables. Se enfatiza también la necesidad de identificar y enviar precozmente a estos pacientes, importante para el éxito terapéutico.

CASO CLÍNICO: EL SUEÑO EN LA ANAMNESIS, EL GRAN OLVIDADO

Gavela Pérez, T.; Lopez Carnero, J.; Mejorado Molano, FJ.; Losada del Pozo, R.; Soto Insuga, V.
Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Introducción: un sueño de calidad es fundamental para un adecuado rendimiento en actividades físicas, aprendizaje, conducta y estado anímico. Aunque los síntomas de hipersomnia son generalmente secundarios a privación crónica de sueño (especialmente entre adolescentes), existen trastornos de hipersomnia idiopática que suelen infradiagnosticarse. Presentamos el caso de un adolescente donde reflejamos la importancia de una adecuada anamnesis sobre los trastornos de sueño. **Caso clínico:** adolescente de 14 años derivado a consulta pediatría por hiperbilirrubinemia y "astenia", esta última atribuida a ferropenia crónica. Se había realizado hasta 10 analíticas en los últimos años y recibió feroterapia en 6 ocasiones sin mejoría clínica. Destacaba bilirrubina total <2 mg/dl, predominando la fracción indirecta, hemoglobinas normales, VCM 73-76fl, ferritinas 20-30ng/ml, hierro 50-110µg/dl e índices de saturación 15 y 19%. Anamnesis sobre alimentación normal, ausencia de patología digestiva y destacaban síntomas de inatención y sensación de cansancio crónico sin limitación para actividades deportivas (colegio, natación y triatlón) y escolares. Al preguntar por el sueño lo definen como "niño que dormita" en casa y colegio, con mayor somnolencia desde los 10 años, con valores alterados en escalas específicas como Pediatric Daytime Sleepiness Scale 18 (<16). En agenda de sueño se comprueba tiempo de sueño nocturno de 8-10 horas y siestas habituales (hasta 3 al día coincidiendo con desplazamientos o clases). Frecuentes despertares (2-5 por noche), asociando ocasionalmente episodios de parálisis del sueño y sueños vívidos. No cataplejía ni roncopatía. **Antecedentes:** madre con enfermedad de Addison y tiroiditis de Hashimoto y padre con hipersomnia diurna sin filiar. Se comprobó que el paciente portaba HLA DQ-A1*0501 y DQB1*0201, test de latencias múltiples con latencia disminuida (6 minutos, 29 segundos), sin entradas precoces en REM. La RM craneal y valores de hipocretina-1 en LCR fueron normales. Con diagnóstico de hipersomnia idiopática se pautaron siestas regulares y tratamiento con metilfenidato (0,93mg/kg/día) con mejoría de somnolencia, astenia, inatención y global de calidad de vida. **Discusión:** los trastornos del sueño en adolescentes son frecuentes y están infradiagnosticados, repercutiendo en la vida diaria de los niños. Deberían integrarse de forma sistematizada preguntas sobre los horarios y patrones de sueño en las historias clínicas.

ADOLESCENTE CON ALUCINACIONES AUDITIVAS Y DELIRIO PERSECUTORIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Meleiro Pascual, R.; Villatoro Pérez, M.; Mesian Pérez, I.; Faya Barrios, M.
H. U. Virgen del Rocío Sevilla

Introducción: La encefalopatía hepática es un síndrome neuropsiquiátrico que puede afectar a pacientes con hepatopatía crónica. El interés de este caso reside en la sintomatología psicótica que presentó el paciente, en especial a una edad en la que la incidencia de la esquizofrenia aumenta. **Caso clínico:** Paciente de 16 años que acude a urgencias por síntomas psicóticos. Desde hace una semana siente que "le persiguen" y que por eso "tiene mucho miedo". Explica que

tiene la sensación de haber hecho algo malo y tener que resolver algo pero no es capaz de concretar el qué, cómo, ni por qué. Su abuela refiere que nota conductas extrañas, "tenso, con miedo, a veces no quiere entrar en casa". Le define como un niño asustadizo y temeroso desde siempre, pero niega la presencia de estos síntomas similares en el pasado. El paciente también expresa que escucha voces insultantes dirigidas hacia su persona, de las que no elabora una estructuración delirante, refiriendo no encontrar explicación a las mismas. Tienen una duración recortada en el tiempo y no siempre le producen repercusión afectiva o conductual. AP: -Epilepsia en tratamiento con Valproico desde hace 10 años. -Hipertensión portal pre-hepática por trombosis hepática. Derivación esplenorrenal lateral en 2014, con trombosis de la misma en el postoperatorio tardío. Tratamiento con propranolol por varices esofágicas. En lista de trasplante hepático. -Retraso madurativo. CI límite -NAMC -Calendario vacunal actualizado EF: Sin alteraciones salvo hepatomegalia. Exploración neurológica: sin alteraciones salvo temblor distal en manos, y discreta dismetría en la prueba dedo-nariz. Exploración psicopatológica: consciente y orientado auto y alopsíquicamente. Abordable, colaborador. Contacto visual esquivo. No inquietud psicomotriz. No alteraciones mnésicas reseñables. Discurso entrecortado, parco, con aumento de latencia de respuesta. Bloqueos del pensamiento. Ideas autorreferenciales sin estructurar de las que no es capaz de elaborar un discurso consistente. Pensamiento desorganizado. Alteraciones sensorio-perceptivas en forma de voces insultantes Embotamiento afectivo. Ansiedad referida y manifiesta. No ideas de muerte ni autolisis. No auto ni heteroagresividad. Juicio de la realidad alterado. Pruebas complementarias realizadas en urgencias Hemograma normal. Bioquímica con transaminasas normal. Gasometría venosa normal. Amonio: 88,5 µmol/L Tóxicos en orina negativos ECG normal El paciente es ingresado en planta para continuar estudio y tratamiento. Se realiza diagnóstico diferencial con: -Encefalopatía hepática secundaria a la hiperamoniemia, -Intoxicación por ácido valproico -Trastorno psicótico. Se inicia tratamiento con lactulosa oral y dieta hipoproteica, disminuyendo los niveles séricos de amonio en sucesivos controles. No vuelve a presentar durante el ingreso semiología psicótica ni alteraciones sensorio-perceptivas. Se realizan además EEG y RMN que son normales. Al alta no presenta alucinaciones auditivas ni ninguno de los síntomas por los que fue ingresado. Continúa controles en consultas de gastroenterología y neurología. **Discusión:** como en toda enfermedad psiquiátrica, es preciso realizar una evaluación clínica detallada, realizando las pruebas complementarias dirigidas para descartar una potencial causa orgánica causante del cuadro, teniendo en cuenta las enfermedades de base, como ocurrió con el paciente de nuestro caso.

"NECESITO DESPEDIRME DE ELLA"

Otero Aguilar, P.⁽¹⁾; Bermúdez Guerrero, JA.⁽¹⁾; Durán González, VM.⁽²⁾;

Martín Talavera, M.⁽³⁾; Guisado Rasco, MC.⁽⁴⁾.

^(1,4)CS Mercedes Navarro; ⁽²⁾CS Alamillo;

⁽³⁾Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: El duelo es una reacción natural ante una pérdida, cada persona puede vivirlo de forma distinta y, además, varía a lo largo de las diferentes etapas de la vida. En adolescentes pueden aparecer alteraciones de conducta, aislamiento, fracaso académico, miedo a enfermar y a la muerte y conductas de riesgo. En nuestro entorno existe la costumbre de mantener apartado al adolescente del proceso de muerte de un ser querido con la falsa creencia de que estamos protegiéndole. En cambio, varios estudios destacan la importancia de

incluir al adolescente de manera adecuada a su madurez cognitiva y afectiva al proceso o rito de despedida de un familiar cercano. **Caso Clínico:** Anamnesis: Mujer de 16 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta en su Médico de Familia por cuadros repetitivos desde hace 3 meses de temblor, sudoración, disnea y llanto. Duran entre cinco y seis minutos. Aparecen en reposo y ceden espontáneamente. Han ocurrido tanto en el colegio como en casa. Viene acompañada de su madre, quien refiere que estos episodios se han repetido en torno a 3-4 veces al mes. Además, ha observado un cambio de actitud desde que falleció su abuela, hace 3 meses coincidiendo con el inicio de los episodios, mostrándose apática, menos conversadora y aislada de relaciones sociales y familiares. En entrevista dirigida a la paciente, admite que piensa demasiado en su abuela fallecida a quien le unía un gran lazo afectivo. Compartían aficiones y pasaban mucho tiempo juntas: "supe que falleció después de su entierro, necesito despedirme de ella y no pude hacerlo". **Exploración:** TA: 110/65. ACR: Sin hallazgos patológicos. **Diagnóstico:** Ansiedad Vs Depresión Vs Duelo. **Tratamiento:** Acordamos que la paciente se tomará unos días para escribir una carta de despedida que será depositada en un lugar importante para ambas. **Evolución:** Citamos a la paciente en unas semanas quien nos refiere que el haber expresado todo lo que se había quedado en su interior le sirvió para cerrar esa etapa, persistiendo desde aquel entonces asintomática.

CONSUMO DE TÓXICOS ENTRE ADOLESCENTES DE UN BARRIO DE SEVILLA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

Díaz-Cano Carmona E.; Martín Talavera M.;

Coronel Rodríguez C.; González Soria MD.

H.I. Virgen del Rocío Sevilla

Introducción: Según el Plan Nacional sobre Drogas de 2016 la edad de inicio del consumo de alcohol y tabaco se sitúa por debajo de los 14 años. Respecto a los hipnosedantes, oscila de los 14,6-14,9 años. Los que han consumido cocaína se inician a los 15 años. Nuestro objetivo es conocer estos datos en nuestra población. **Material y método:** Este trabajo se ha realizado mediante la elaboración de una encuesta de 21 preguntas sobre hábitos de vida y salud en adolescentes. La encuesta fue rellenada anónimamente por 233 alumnos de entre 13 y 14 años de 1º y 2º ESO de dos centros educativos de la zona básica de salud. **Resultados:** De los 233 alumnos encuestados el 2.58% declara ser consumidor habitual de tabaco, mientras que los de cachimbas ascienden al 18.54%. El 9.01% declara consumo habitual de alcohol, siendo el 9.45% los que han tenido un consumo tóxico del mismo. Respecto a las drogas, el 21.45% refiere haber recibido propuestas para su uso. Sin embargo, estos resultados varían significativamente en el análisis por aulas, donde el ofrecimiento de drogas alcanza el 45.45%, el consumo tóxico de alcohol el 27.27%, y el consumo habitual de cachimbas el 36.37%. **Discusión y conclusiones:** Tras analizar los resultados y compararlo con la bibliografía publicada, se concluye que el consumo de tabaco en nuestra población es menor que el nacional (2.58% respecto a 18.6%). Sin embargo, creemos necesario analizar el consumo de cachimbas, cada vez más frecuente y con menos estudios realizados tanto para valorar prevalencia como para analizar las consecuencias de su uso. Respecto al consumo de alcohol, en nuestro trabajo el resultado es del 9.01%, mientras que los datos publicados detectan consumo entre el 57.4%. Destaca el aula donde hasta el 27% ha realizado un consumo tóxico, estimando necesario potenciar las campañas para su prevención. Como conclusión más importante la elevada frecuencia con la que los adolescentes reciben propuestas para el consumo de

Comunicaciones Orales y Posters

Comunicaciones presentadas en el XXIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (Sema)

drogas. El consumo de hipnosedantes como droga ilegal más consumida, se sitúa en el 7.3% a nivel nacional, pero son el 21.45% de los encuestados los que refieren haber recibido ofertas, alcanzando en un grupo el 45.45%.

USO DE TECNOLOGÍA ENTRE ADOLESCENTES DE UN BARRIO DE SEVILLA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

Díaz-Cano Carmona E.; Martín Talavera M.;
Coronel Rodríguez C.; González Soria MD.

H.I. Virgen del Rocío Sevilla

Introducción: Según el Instituto Nacional de Estadística, el uso de tecnologías entre adolescentes (10-15 años) es muy elevado. Casi el 100% ve la televisión a diario, siendo el 14% los que la ven más de 3 horas entre semana y el 37% los fines de semana. El uso de ordenador alcanza el 95,1%, y el móvil un 83,2% a los 13 años y un 92,8% a los 14 años. **Material y método:** Este trabajo se ha realizado mediante la elaboración de una encuesta de 21 preguntas sobre hábitos de vida y salud en adolescentes. La encuesta fue rellenada anónimamente por 233 alumnos de 13 y 14 años de 1º y 2º ESO de dos centros educativos de la zona básica de salud. **Resultados:** De los 233 alumnos encuestados el 54.93% pasa dos horas o más viendo la televisión al día, siendo el 43.45% los que lo emplean con videojuegos. Preguntados respecto a la sensación de necesidad de productos tecnológicos como el móvil o la Tablet, y respondiendo de 0 a 9, sólo el 5.58% refieren no precisarla, mientras que el 81.11% la puntúan en 4 o más. En el análisis por aulas es significativo el grupo en el que el tiempo frente al televisor es 68.18%, y con videojuegos el 59.09%. Respecto a la necesidad de tecnología, se alcanza el 89.6%. **Discusión y conclusiones:** Dado el análisis de los resultados y la comparación con los publicados, concluimos que nuestros adolescentes consumen más horas de televisión al día (54.93% dos horas diarias o más) pero menos con videojuegos (43.45%), a pesar de lo cual, continúan siendo cifras altas. Creemos interesante la bibliografía referida a la implicación de los padres en el ocio electrónico (que aumenta el rendimiento escolar), puesto que un 40% de los adolescentes consume esta tecnología en solitario y sin conocimiento paterno sobre el tipo utilizado, llegando al 70% los padres que desconocen qué videojuegos usan sus hijos. Respecto a la necesidad de tecnología, hasta el 81.11% la puntúan alta, dato que nos lleva a concluir la necesidad de proyectos en esta área dado el riesgo de futuras adicciones que pudiera conllevar.

VÓMITOS INCOERCIBLES ANTE CONSUMO DE CANNABIS

García Manga, A.; Fariñas Díaz de Guereño, S.; Zurbano Araiz, M.

Centro de Salud Gamonal Antigua Burgos

Introducción: El cannabis es la droga ilegal más extendida en España y con un consumo muy temprano. Presenta un efecto paradójico en consumidores crónicos susceptibles, consistente en náuseas y vómitos recurrentes, que desaparece con la abstinencia. **Caso clínico:** Anamnesis: Paciente de 18 años sin antecedentes de interés, salvo un ingreso en Medicina Interna a los 14 años para estudio de vómitos y dolor abdominal con diagnóstico de gastroenteritis, que acude a consulta por vómitos incoercibles, febrícula, y dolor abdominal difuso desde hace 12 horas. Sin asociar cambios en ritmo intestinal, ni otra clínica a ningún otro nivel. No relaciona el cuadro con ninguna comida ni consumo de hábitos tóxicos. Ha tenido dos episodios similares previos a diferentes edades que cedieron con primperán. Exploración Física: Consciente y orientado, con regular estado general, nauseoso y con vómitos. Resto de exploración normal. Pruebas

Complementarias: se solicita analítica de rutina (hemograma y bioquímica) con perfil hepático, función renal y pruebas de coagulación, con parámetros normales. La radiografía de abdomen no presentó hallazgos significativos. Se solicitan tóxicos en orina, positivos para cannabinoides. Ante dichos hallazgos y sin la mejoría del paciente se vuelve a incidir en hábitos tóxicos, terminando el paciente por declarar consumo de años de evolución de cannabis, incluido el día previo a la clínica. **Diagnóstico:** Hiperemesis por cannabinoides **Tratamiento:** se prescribe Primperán, ante la falta de mejoría, se pauta Clorpromazina, con mejoría del cuadro. Al alta se recomiendan duchas de agua caliente y abstinencia de consumo. **Evolución:** tras cesar el consumo, el paciente no vuelve a presentar vómitos. **Discusión:** Debido a la alta prevalencia del consumo de cannabis es importante, ante vómitos cíclicos, valorar este diagnóstico y preguntar consumos/año. Además de recordar que el tratamiento sintomático en este cuadro es antipsicóticos típicos o dexametasona y sobre todo, duchas de agua caliente. Y que el único tratamiento definitivo es abstinencia del consumo, para lo cual podemos ofrecer apoyo con técnicas psicoterapéuticas, sobre todo motivacionales y cognitivo-conductuales.

DETERMINANTES FAMILIARES Y EMOCIONALES EN EL CONSUMO DE TABACO (PIPAS DE AGUA Y CIGARRILLOS) Y ALCOHOL EN ADOLESCENTES

Sáenz-Lussagnet JM.; Hernández Soto MR.; Luque-Romero LG.

Distrito Sanitario Aljarafe Sevilla Norte

Introducción: Diversos trabajos han señalado que el consumo de pipas de agua (cachimba, narguila) puede ser precursor del consumo de cigarrillos en adolescentes. Según la encuesta "la Población Andaluza ante las Drogas (2015)" el consumo de cigarrillos en el grupo etario de 14-15 años era del 12,5%. **Objetivo:** Analizar los determinantes del consumo de pipas de agua, cigarrillos, alcohol y drogas en estudiantes de enseñanza secundaria de Sevilla. **Material y método:** Estudio descriptivo transversal realizado en Atención Primaria de Salud (ámbito escolar y comunitario). Población: Estudiantes de 3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria en 3 IES públicos de San José de la Rinconada. Muestra: 185 individuos. Variables: sexo, edad, curso, edad de inicio de los consumos (cigarrillos, pipas de agua, cigarrillo electrónico, alcohol y otras drogas), prevalencia de los consumos, convivencia con familiares fumadores, síntomas emocionales (cuestionario SDQ). Análisis estadístico: Análisis descriptivo y bivariado. Contraste bilateral y nivel de confianza del 95% (IBM-SPSS y EPIDAT-3.1). Consideraciones bioéticas: Aprobado por el CEI-Hospitales Virgen Macarena y Virgen del Rocío de Sevilla. **Resultados:** Se analizaron 185 adolescentes de 3º y 4º de ESO. La edad mediana (RIC) 15.4 (14.7-15.8) años. El 51.4% eran mujeres. El 76.8% convivían con fumadores y 73.0% con algún familiar bebedor habitual. La prevalencia de consumo de tabaco (pipa de agua y/o cigarrillo) fue del 28.1%. El 35.1% habían experimentado con el cigarrillo, 63.8% con pipa de agua, 73.0% con alcohol y 14.1% con drogas. El alcohol ha sido la primera sustancia consumida a los 13.2 años de edad, seguida de la pipa de agua (13.5), el cigarrillo (13.8) y el cannabis a los 14.6 años. En cuanto a los síntomas emocionales (SDQ) 18 (9.7%) alumnos tuvieron una puntuación límite y 20 (10.8%) puntuación en rango patológico. **Conclusiones:** El consumo de tabaco se está infravalorando al no contarse con el de pipas de agua. No se ha encontrado asociación estadísticamente significativa entre la presencia de síntomas emocionales y el consumo de sustancias en los adolescentes. Los modelos familiares incrementan el consumo de sustancias aunque no se alcanza la significación estadística.

EXPLORANDO F.A.C.T.O.R.E.S. DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN EN ADOLESCENTES

Tobarra Sánchez E.; Cabrera Jiménez L.; Azurmendi Funes ML.;
Cárceles Álvarez A.; Sánchez Sauco MF.; Ortega García JA.
H.C.U. V. de la Arrixaca. Murcia

Introducción y Objetivos: Cada vez con más frecuencia los jóvenes pasan más tiempo en espacios cerrados alejados de experiencias en la naturaleza. Las cifras de consumo de alcohol y drogas entre adolescentes son alarmantes. Según cifras estatales, en el último mes un 38% han consumido tabaco, un 7% cannabis y un 64% alcohol, la mayoría en atracción (ESTUDES, Plan Nacional de Drogas, 2013). Tan sólo un 15% de los encuestados realizaba actividades físicas el contacto con la naturaleza (Ministerio de Educación, 2010). Con este trabajo se pretenden analizar factores de riesgo y de protección respecto a los estilos de vida en un grupo de adolescentes. **Material y Método:** Se seleccionaron 2 aulas de 4º de la ESO en un municipio del sureste español. Se entregó un cuestionario autocumplimentado sobre estilos de vida. Se realizó estadística descriptiva usando el programa SPSS V19. **Resultados:** Se encuestaron 139 adolescentes, siendo 61,2% chicas y 38,8% chicos. Un 14% fuman tabaco (54% exposición pasiva), un 28% toma alguna vez alcohol los fines de semana y un 59% ha estado expuesto al humo del cannabis en los últimos meses. Existen diferencias de género en estas exposiciones. La percepción sobre el consumo de los compañeros de instituto de tabaco, cannabis y alcohol es del 34%, 16% y 55% respectivamente. Un 58% tiene contacto con la naturaleza menos de una vez por semana. El 64% refiere que no hay alternativas de ocio en la comunidad. El % de fumadores es menor en los jóvenes con mayor número de experiencias en la naturaleza (ANOVA, $p=0,002$). **Conclusiones:** Las cifras son alarmantes: casi la mitad están expuestos a humo de tabaco y cannabis y hasta un 28% al alcohol de forma ocasional. El contacto con la naturaleza puede comportarse como un factor protector. La perspectiva debe ser integrativa, abordando de los factores de riesgo y el estímulo de los factores de protección.

CONSUMO DE DROGAS LEGALES E ILEGALES EN ADOLESCENTES SUPERVIVIENTES DE CÁNCER PEDIÁTRICO

Cárceles Álvarez, A.; Tobarra Sánchez, E.; Azurmendi Funes, ML.;
Sánchez Sauco, MF.; Ortega García, JA.
H.C.U. V. de la Arrixaca Murcia

Introducción y objetivos: las tasas de supervivencia del cáncer pediátrico han aumentado espectacularmente en las últimas décadas, situándose en los países de nuestro entorno alrededor del 80%. Al mismo tiempo, ha aumentado la incidencia de efectos tardíos derivados de los tratamientos utilizados, estimándose que, hasta el 70% de los supervivientes de cáncer pediátrico (SCP) presentarán algún efecto tardío a lo largo de su vida. La adolescencia es una etapa determinante en la adquisición de hábitos saludables que puedan perdurar en la edad adulta. Promover un estilo de vida saludable, evitando hábitos tóxicos, principalmente durante la adolescencia, será crucial para disminuir la aparición de efectos tardíos y conseguir una mejor calidad de vida en los SCP. El objetivo de nuestro trabajo es presentar la prevalencia de consumo de drogas legales e ilegales en un grupo de adolescentes SCP. **Material y métodos:** estudio transversal descriptivo. Se analizaron los patrones de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en un grupo de adolescentes (14 – 18 años) que acudieron a la consulta de largo seguimiento de supervivientes de cáncer pediátrico. **Resultados:** se entrevistaron 52 SCP (57,7% masculinos) con una edad media de 15,9 años. El 48,1% habían consumido algo de alcohol en el

último año y el 33,5% en el último mes. Hasta el 75% habían presentado algún atracón de alcohol en el último año, siendo del 20,8% en los últimos 30 días. El 22,3% de los hombres y el 8,3% de las mujeres tenían un consumo de riesgo según el cuestionario AUDIT-C. El 7,7% eran fumadores, siendo el porcentaje de fumadores diarios del 5,8% con un consumo medio de 10 cigarrillos / día. Finalmente, el 3,8% eran consumidores de cannabis. **Conclusiones:** aunque las prevalencias de consumo son menores que en la población general de su misma edad, al tratarse de un grupo de alto riesgo, con mayor sensibilidad a los efectos perjudiciales de drogas legales e ilegales, es esencial desarrollar intervenciones intensivas para disminuir los consumos y promover estrategias de prevención en adolescentes que no consumen.

CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE IBIZA

Torné Torres, S.; Bagase Rejón, V.; Di Bernardo Delgado, FT.;
Molina Gutiérrez, P.; Molina Mirazu, M.
C. Hospital Can Misses Ibiza

Introducción y objetivos: Conocer la información y uso de los métodos anticonceptivos (MAC) en aquellos adolescentes que consultan en la Unidad de Atención a la Mujer (UAM) de Ibiza. Por ejemplo, saber cuál es el MAC que utilizan, si quieren cambiar y a cuál. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo mediante encuestas anónimas a mujeres entre 14-23 años que consultan en la UAM, el día de Atención al Adolescente, en un periodo de 45 días. **Resultados:** La muestra fue N=165, siendo el motivo de consulta: 67% información y solicitud de MAC; 21% control del MAC y 12% solicitud de Interrupciones Voluntarias de Embarazo (IVE). La media de edad de inicio de las relaciones sexuales (RS) es de 15,8 años. El MAC más utilizado en su primera relación (un 75%) es el preservativo, 11% no utilizó MAC, 1% píldora y 13% no había iniciado relaciones sexuales. En el momento de consulta un 77% utilizan MAC: 45,5% preservativo (28,5 siempre y 17% ocasional); 17,5% píldora; 14,6% métodos naturales; 4,8% implante subcutáneo; 2,4% anillo vaginal; 1,8% Dispositivo Intrauterino (DIU); 0,6% doble método y un 10% no usa ningún MAC. Un 50% seguirán con el mismo MAC, mientras que un 20,6% cambiará a la píldora, 9% al DIU, 7% implante, 3% preservativo, 1,2% doble método y un 0,6% parche transdérmico. El 90% de las adolescentes conoce la píldora postcoital. De las adolescentes que solicitaron IVEs: 75% utilizaba MAC (40% preservativo: 20% siempre y 20% ocasional; 27% coito interruptus; 20% píldora y 13% anillo vaginal). **Conclusiones:** La mayoría de las adolescentes del estudio conocen y utilizan los MAC, incluido la píldora postcoital. Destaca el uso del preservativo en su primera RS, pero de uso ocasional en sus RS actuales. No conocen ni usan doble método para evitar ITS. Se observa un bajo uso de los MAC de larga duración (LARC) que contrasta con el número de adolescentes que tras la encuesta e información cambiarán a DIU o implante, sobre todo en pacientes que habían consultado por IVEs, informando su alta efectividad así como la alta seguridad del método anticonceptivo.

EL ADOLESCENTE Y LA NECESIDAD DE UNA ATENCIÓN INTEGRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodríguez Martínez EM.; Sánchez Sauco MF.;
Martínez García C.; Vicente Calderón C.
Hospital Univ. V Arrixaca Murcia

Introducción: La adolescencia es un periodo de gran vulnerabilidad para los individuos. Las transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, inundan sus pensamientos y acciones, generando en múltiples ocasiones; crisis, conflictos y contradicciones. Aunque sus límites

se inician con referentes biológicos, pueden terminar evolucionar en procesos psicológicos. **Caso Clínico:** Paciente de 13 años diagnosticado de displasia ectodérmica hipohidrotópica ligada a X. El desarrollo psicomotor inicialmente fue normal. Al inicio del periodo escolar precisa adaptación curricular por retraso cognitivo leve, lo que ocasionó la repetición del curso académico en varias ocasiones. Con el inicio de la adolescencia aparecen cambios en su conducta, con patrones de agresividad (bullying) hacia sus compañeros y profesores suponiendo varias denuncias policiales. La gestión del caso la realizó su pediatra pero precisando de otras disciplinas para su intervención: unidad de salud medioambiental pediátrica, trabajo social, asociaciones, escuela... El fin del abordaje, fue encontrar espacios donde el paciente se encontrara cómodo y pudiera desarrollar todas sus habilidades: escuela, gimnasio, piscina, contacto con la naturaleza... Tras la intervención, el paciente ha experimentado una gran mejoría a nivel psicosocial, sobre todo familiar y de integración social. **Discusión:** El cuidado y la prevención de los factores de riesgo de los adolescentes en la práctica clínica diaria en muchas ocasiones quedan relegados al "altruismo" del profesional sanitario. Los adolescentes necesitan interlocutores que comprendan sus miedos y estimulen sus habilidades. Nuestro caso muestra la complejidad del abordaje y la necesidad de formación y sensibilización del personal sanitario en la atención integral del adolescente.

A SOLAS CON EL PEDIATRA

Espinós Martínez A.; Martín Talavera M.; Coronel Rodríguez C.;
González Soria MD.; Begara De La Fuente M.

H.I. Virgen del Rocío Sevilla

Introducción: La adolescencia es un periodo durante el cual la percepción de la imagen corporal toma gran importancia para el individuo, en un momento en el que la autoestima es frágil y la personalidad está formándose. Muchos de los cambios físicos tienen lugar en zonas socialmente consideradas como más pudorosas, como las mamas o los genitales, y que llevan a que estos pacientes tardan en consultar, cuando les surgen preocupaciones, tanto a sus padres como a los profesionales de la salud. **Resumen de los casos:** Presentamos el caso de dos adolescentes con patología testicular, que consultaron en varias ocasiones en Atención Primaria, en teoría por problemas banales, antes de desvelar el verdadero motivo de consulta, principalmente por pudor, hasta que coincidieron con el pediatra, en este caso varón, a solas sin residentes mujeres. Se trata de un adolescente de trece años y medio con un bultoma en el teste derecho, que finalmente resultó ser un quiste de epidídimo, sin mayor trascendencia clínica; y un adolescente de doce años con un varicocele izquierdo, actualmente en lista de espera quirúrgica. En contraposición, en esta consulta concreta, al haber a menudo residentes mujeres, las adolescentes han podido ser exploradas en condiciones de mayor comodidad para ellas. **Conclusiones:** La tendencia actual a la ampliación de la edad de atención por parte de los pediatras, de catorce a dieciséis —o incluso dieciocho— años, lleva a que tengamos que aprender a abordar a estos pacientes, favoreciendo un clima de confianza, en el que ellos se sientan capaces de expresar sus dudas y preocupaciones, tanto a nivel de patología, como en cuanto a prevención y promoción de la salud. A menudo nuestras consultas en Atención Primaria están enfocadas a pacientes de menor edad, no sólo en cuanto a decoración, sino también a organización, con puertas que se abren indiscriminadamente, ausencia de cortinas para la exploración física y de profesionales del mismo sexo que el paciente, tal y como señalan las guías internacionales de práctica clínica. Es nuestro deber mejorar en todos estos aspectos para que no se nos escape patología potencialmente grave, especialmente por motivos de vergüenza.

NO TODO SON FÁRMACOS EN EL CONTROL DEL ASMA DEL ADOLESCENTE

Pérez España, A.; Marcos Temprano, M.; Gacimartín Valle, P.;
Bahillo Curieses, MP; Bermúdez Hormigo, I.

H.C. U. Valladolid

Introducción: En el manejo del asma grave resulta imprescindible identificar comorbilidades como reflujo gastroesofágico, obesidad, o síndrome de apnea/hipopnea. En la adolescencia se suman otros factores como mala adherencia terapéutica, alteraciones del estado de ánimo o abuso de sustancias, que dificultan el control del asma. **Caso clínico:** Caso 1. Varón, 16 años. Seguimiento por asma persistente moderada con sensibilización a ácaros, en tratamiento con formoterol/budesonida. Recibió inmunoterapia específica, suspendida por mal control del asma. Empeoramiento en el último año, precisando broncodilatador de rescate frecuentemente y hospitalización en una ocasión. Se aumentó dosis de corticoide inhalado, asociando bromuro de tiotropio. Presenta rinitis e hiperemia conjuntival persistente, astenia e hiporexia. Regular adherencia terapéutica por mala auto-percepción de los síntomas. Estudios complementarios: hemograma normal con eosinofilia 990/mm³; bioquímica, TSH y alfa1 antitripsina normales; IgE total 623kU/L, IgE Dermatophagoides pteronyssinus >100UI/ml, Dermatophagoides farinae 96.30UI/ml, rDer p1 >100; espirometría con FEV1 2,74L (78%), FVC 3,18L (85%); cannabis positivo en orina. Mejoría clínica tras refuerzo de adherencia terapéutica y abandono de drogas. Caso 2. Mujer, 12 años. Seguimiento por asma persistente grave. Asocia TDAH, obesidad y RGE. Estudios complementarios: hemograma normal; bioquímica, TSH, alfa 1 antitripsina y estudio de inmunidad normal; mantoux negativo; IgE total 589kU/L, IgE Lepidoglyphus destructor 95.3UI/ml, TACAR tórax normal; espirometría FEV1 2,83L (84%), FVC 3,03L (77%); pletismografía: TLC 4,35L (101,6%), VR 89%, difusión DLCO 87,1%. Mal control clínico pese a tratamiento escalonado con corticoides inhalados a dosis altas + LABA, tiotropio y omalizumab. Desde el inicio del curso asocia enuresis nocturna y ansiedad, reconociendo acoso escolar. Mejoría clínica tras pérdida de peso y seguimiento en Psiquiatría. **Discusión:** El abordaje del asma en el adolescente supone un reto debido a la elevada prevalencia de comorbilidades así como a las características socio-emocionales inherentes a este grupo de edad. Un mal control del asma conlleva no poder seguir el mismo ritmo de vida que el resto de sus compañeros, apareciendo sentimientos de tristeza y riesgo de bullying, perpetuando así la mala evolución de la enfermedad. Por ello, debe realizarse un seguimiento interdisciplinar para ofrecer un adecuado manejo integral.

SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL EN EL ADOLESCENTE VARÓN. UNA CONSULTORÍA DE PREVENCIÓN, DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Martínez Villares, AR.

*H. Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez Marianao
La Habana Cuba*

Resumen: Habitualmente los programas de salud sexual y reproductiva se focalizan en la atención de la salud de las mujeres lo nos hace pensar que, en general, los hombres consultan menos que las mujeres en estos servicios. ¿Es el resultado de una dificultad inherente a los varones pues sus conductas y actitudes son acordes a las características de un modelo de masculinidad dominante?. ¿Es que no existen servicios de salud que consideren en su programación a la población masculina como un actor social relevante a la par de las mujeres? La equidad de género en materia de salud sexual y reproductiva exige políticas que garanticen que las mujeres y varones sean tratados

por igual por tener necesidades en común y en los casos en que sus vulnerabilidades sean diferentes se las aborde en forma equitativa.

Objetivos: Se creó una consultoría, de atención integral al adolescente varón, donde, desde una visión de equidad de género se hace prevención, para lograr un impacto positivo en la salud reproductiva.

Objetivos específicos: Caracterizar los adolescentes varones según edad, historia personal o familiar y datos positivos al examen físico. Capacitarlos para hacer el Auto examen del testículo, el pene y las mamas. Tratar desde el punto de vista clínico y quirúrgico a aquellos que presenten enfermedades testiculares, peneanas o mamarias que puedan influir en la futura salud reproductiva. Hacer promoción de salud abordando temas como sexualidad responsable, anticoncepción, embarazo en la adolescencia, enfermedades de transmisión sexual, adicciones, violencia y maltrato a la pareja **Metodología:** Se mostrará un estudio de serie de casos con los pacientes que han acudido a la consulta de Salud Reproductiva del adolescente varón, previa voluntariedad del adolescente, evaluando las variables que se proponen en los objetivos, en el periodo comprendido entre abril del 2015 y abril del 2017, y así valorar eficacia del proyecto.

¿SON HOMOFÓBICOS LOS ADOLESCENTES CUBANOS?

Martínez Villares, AR.⁽¹⁾; Hernández Martínez MC.⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital Pediátrico Docente "Juan Manuel Márquez";

⁽²⁾Facultad Victoria de Girón. La Habana: Cuba

Introducción: El término homofobia hace referencia a la aversión contra hombres o mujeres homosexuales. En la adolescencia acontecen serias y profundas transformaciones, donde las personas establecen su sentido de identidad individual. **Objetivo:** Identificar el grado de prevalencia de la homofobia en los adolescentes. **Diseño Metodológico:** Se realizó un estudio observacional descriptivo-transversal. El Universo estuvo constituido por 187 estudiantes de 10mo y 11no grado pertenecientes al Pre-Universitario "Aristides Viera González". **Resultados y Discusión:** Se observó un ligero predominio del sexo femenino con un total de 103 estudiantes (55,08%) sobre el masculino con un total de 84 estudiantes (44,91%). Las edades entre los encuestados fueron casi similares, el 70,5% de estudiantes consideran normales las relaciones entre homosexuales y el 75,6% de ellos se relacionan con homosexuales. Hubo un 19% de estudiantes que no consideran a los homosexuales como una buena influencia. El 81,36% de los estudiantes no rechazarían a un familiar si fuera homosexual. El 18,64% resultaron homofóbicos, en el 65,96% de los casos no hubo manifestación de homofobia y el 15,4% no estaban ni a favor ni en contra de la homosexualidad. **Conclusiones:** En el estudio predominó el sexo femenino con respecto al masculino y fue más frecuente la edad de los 16 años. La mayoría de los estudiantes se relacionan con homosexuales a pesar de que un por ciento bajo plantea de que son una mala influencia. Aunque el índice de homofobia es bajo en el estudio se sigue considerando que la homofobia aún predomina.

ABUSO SEXUAL A MENORES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Barrios Machain, U.; Guerrero Alzola, F.; Casas Rivero, J.;
Salmerón Ruiz, MA.; Nieto Serrano, A.
Hospital Infantil Universitario La Paz

Introducción y Objetivos: El abuso sexual contra niños y adolescentes (NyA) se entiende como la participación de éstos en actividades sexuales o el sometimiento a cualquier conducta sexual sin su consentimiento. En España entre un 10-20% de la población ha sido víctima de abuso sexual en su infancia. El objetivo es conocer las ca-

racterísticas de los abusos sexuales en una Unidad de Medicina de la Adolescencia de un hospital terciario. **Materiales y Métodos:** Se recogen de forma retrospectiva los pacientes con diagnóstico de abuso sexual en una Unidad de Medicina de la Adolescencia de un hospital terciario acontecido los últimos 3 años. Se excluye grooming, sexting y las relaciones "consentidas" entre un menor de edad mayor de 13 años y un mayor de edad en el contexto de una relación sentimental.

Resultados y Conclusiones: Se recogen 20 pacientes, siendo el 95% mujeres. Dos de las pacientes sufrieron maltrato sexual siendo menores y mayores de 13 años por distintos agresores.

| | | <13 AÑOS (N=15) 68% | ≥ 13 AÑOS (N=7) 22% |
|---|--|------------------------|------------------------|
| Relación con el agresor | Padre | 33% | - |
| | Familiar/amigo/profesor | 67% | 71% |
| | Desconocido | - | 29% |
| Persona a la que la víctima cuenta el abuso | Madre | 54% | 57% |
| | Personal sanitario | 33% | 43% |
| | Otros (diario, w.app) | 13% | - |
| ¿Hubo violencia? | Sí | 27% | 57% |
| | No | 60% | 43% |
| | No podemos precisar | 13% | - |
| ¿Hubo penetración | Sí | 53% | 43% |
| | No | 33% | 57% |
| | Desconocido | 14% | - |
| Psicopatología asociada | Sí | 73% | 85% |
| | Trastorno de la conducta alimentaria (TCA) | 20% (3 casos) | 57% (4 casos) |
| | Ansiedad/depresión: | 53% (8 casos) | 85% (6 casos) |
| | • Autolesiones | 37% (3 casos) | 33% (2 casos) |
| | • Intento autolítico | 25% (2 casos) | - |
| Otros | 33% | 14% | |

- En nuestra casuística se observa cómo en los menores de 13 años el padre es frecuentemente el abusador, mientras que en los mayores de 13 años el padre no lo es en ningún caso registrado. - Asimismo, el personal sanitario puede ser un receptor de estas confidencias, por lo que debemos estar en disposición de escucha y atentos. - El trauma psíquico que experimentan estos pacientes se potencia con el paso del tiempo, cuando la consciencia de lo sucedido es mayor. Como muestra esta pequeña serie de casos donde la psicopatología es frecuente, especialmente la ansiedad, depresión y TCA.

PROGRAMA "FORMA JOVEN". REVISIÓN DE UNA CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR JUVENIL

Navarro Domínguez, M.; Guisado Rasco MC.;
Candón Ballester M.; Rodríguez Yoldi M.

Centro de Salud Mercedes Navarro. Distrito Sanitario de AP Sevilla.

Introducción: El Programa Forma Joven está dirigido a adolescentes entre 12 y 18 años, desarrolla áreas fundamentales como estilos de vida saludables, sexualidad y relaciones afectivas, salud mental y convivencia. Entre sus objetivos destacan la promoción de la salud y favorecer la elección de conductas saludables. **Objetivos:** Los objetivos en el área de sexualidad y relaciones afectivas son: * Promover relaciones sanas, seguras, satisfactorias y en igualdad. * Prevenir embarazos no deseados * Evitar infecciones de transmisión sexual (ITS).

Material y Método: Estudio retrospectivo de las consultas a demanda realizadas en nuestras consultas de planificación juvenil desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2017, exceptuando los periodos vacacionales donde se suspenden los programas de salud. **Resultados:** Hemos revisado 35 historias de salud de adolescentes con una media de EDAD de 16.5 años. La FRECUENCIA de las relaciones sexuales es entre 1-3 de relaciones por semanas. El MÉTODO ANTICONCEPTIVO preferido por las jóvenes es la terapia hormonal, siendo los anticonceptivos orales (ACHO) los de primera elección (57%). Un 36% refiere el uso de preservativo y un 6% utilizaban el coito interruptus como método anticonceptivo. El HÁBITO TABÁQUICO no estaba registrado en 24 de las historias revisadas (68,5%), y el 28% de las mujeres que toman ACHO refieren fumar al menos 5 cigarrillos al día. Respecto al número de EMBARAZOS, una adolescente con uno y otra con dos. Una solicitud de PÍLDORA POSTCOITAL registrada. El RIESGO DE ITS solo estaba registrado en 14 pacientes (37.4%) y de éstas solo una era de alto riesgo. **Conclusiones:** 1.- La edad media de las adolescentes que acuden a planificación familiar es de 16,5 años. 2.- El método anticonceptivo de elección son los ACHO, seguidos del preservativo. 3.- Es importante el registro en la historia de salud del hábito tabáquico debido a la relación entre el tabaco y la aparición de eventos adversos en las mujeres que toman ACHO. 4.- La información a nuestros adolescentes en este campo es fundamental para que puedan tener prácticas sexuales responsables y prevenir así los riesgos como el embarazo no deseado o ITS.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA DETECCIÓN Y ACTUACIÓN FRENTE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO QUE AFECTAN LOS Y LAS ADOLESCENTES DE NUESTRO CENTRO

Fuentes Lloveras, A.; Mazo Ancochea, MV.; Pérez Manyà, N.; Uriach Timoneda, V.; Jiménez Muñoz, B.

CAP Roger de Flor. EAP Dreta Eixample. Barcelona

Introducción: Las violencias de género (VG) son una problemática que afecta gravemente a la población, causando un importante aumento de morbilidad y mortalidad. Existen pocos datos epidemiológicos en adolescencia. En el "Plan de intervención con adolescentes que viven relaciones afectivas-sexuales abusivas del 2015" realizada por los servicios sociales de nuestra ciudad proponen la creación de guías de detección/actuación frente las VG. **Objetivo:** Inicialmente se realizó un estudio descriptivo para conocer el grado de conocimiento/sensibilidad de los/las profesionales en relación a la detección/actuación frente la VG en adolescentes atendidos en un centro urbano que da cobertura 48.000 habitantes. Posteriormente, se elaborará una guía para la detección/actuación frente VG para ofrecer una respuesta adecuada. **Material y Métodos:** Análisis descriptivo de una encuesta anónima sobre VG en adolescentes realizada ad hoc para este estudio, estructurada en 3 dimensiones: construcción social del amor (CSA), construcción social del género (CSG), valoración VG (VVG). Muestra: todos los/las profesionales de los estamentos del CAP con trato con pacientes de 15-18 años: personal sanitario (PS), personal administrativos (PA), trabajo social (TS), resto profesionales (RP). **Resultados:** N=59 (78,6% del total profesionales). Para garantizar la confidencialidad no se registró edad ni sexo. Estamento profesionales: PS (62,7%), PA (18,6%), TS (3,4%), RP (15,3%). Años ejercicio (media):12,9(DS: 8,36).Rango:2-39 El 61,8% del personal cree que las VG causan más morbilidad que la muerte súbita recuperable con RCP, por lo contrario el 82,5% ha recibido >1 formación en RCP y únicamente el 19% ha recibido >1 formación en VG (27,6% ha asistido a 1). Respuestas correctas dimensión CSA (media): PS: 11,2(DS: 2,90), PA: 12,3(DS: 2,70), TS: 15(DS:

1,41), RP: 8,22(DS: 4,65). Análisis entre medias (ANOVA) de TS/RP (p=0,008). Respuestas correctas dimensión CSG (media): PS: 15,8(DS: 2,31), PA: 13,5(DS: 2,11), TS: 18(DS: 1,41), RP: 13,5(DS: 3,28). Todas las diferencias de puntuación entre grupos (ANOVA) estadísticamente significativas (p=0,005). Respuestas correctas dimensión VVG(media): PS:16,2(DS:2,90), PA:15(DS:2,75), TS:20(DS:0,70), RP:15,5(DS:2,78).Diferencias entre grupos (ANOVA)(p=0,085). Respuestas correctas según nº formaciones VG (media): 0 formaciones: 44,74, 1formación:45,56, >1formación:51,73. El 96,6% querría recibir formación en detección/actuación frente VG. **Conclusiones:** La encuesta realizada entre profesionales del CAP sobre el conocimiento/sensibilidad en relación a las VG en adolescentes, muestra buenos resultados globales, siendo Profesionales TS los que puntúan mejor, seguidos de PS y PA. Los/las profesionales del centro quieren recibir formaciones para la detección/actuación frente a las VG. Precisamos elaborar una guía de actuación transversal (socio-sanitaria, legal y comunitaria) para poder responder adecuadamente a las VG en adolescentes.

ADOLESCENTE PLURIPATOLÓGICO: UNA LLAMADA DE SOCORRO

Acebes Puertas, R; Sanz Fernández, M; Fierro Urturi, AM.

Centro de Salud Pisuerga (Valladolid)

Introducción: El adolescente con patología orgánica y social es un reto para el médico al poder derivar en intento autolítico.2. **CASO CLÍNICO:** Anamnesis Paciente de 13 años pluripatológico: • Familia desestructurada: padre alcohólico encarcelado por violencia de género. • Víctima de acoso escolar. • Patología psiquiátrica: bulimia y depresión moderada-grave con intento autolítico. • Sobrepeso. Acude a urgencias con incoordinación motora, inestabilidad, lenguaje lento y escasa reacción a estímulos. Exploración física SNC: Glasgow 13 (O3, V4, M6). Somnoliento, con apertura ocular al dolor, obedece lentamente órdenes. Orientado. Habla lentamente. Pares craneales N. Ataxia. Nistagmo (-). ROT presentes. Fuerza y sensibilidad de extremidades conservada. Resto de exploración por aparatos N. Exploraciones complementarias Analítica sanguínea: gasometría venosa (N), iones (N), etanol en plasma (N). Tóxicos en orina: Benzodiazepinas (+). TAC craneal y EEG N. **Diagnóstico:** Diagnóstico diferencial: 1. Convulsión previa. Estado post-crítico. 2. Infección del SNC. 3. Disfunción del SNC: intoxicación 4. Lesión intracraneal: traumatismo, lesión ocupante de espacio Tratamiento de soporte con mantenimiento de vía aérea permeable y ventilación adecuada. Flumazenil no necesario si vía aérea permeable, ventilación adecuada y estabilidad hemodinámica. Monitorización cardio-respiratoria continua incluyendo capnografía (dg. precoz de hipoventilación): posible depresión respiratoria. Evolución Recuperación completa en 1 hora. Se realiza intervención social y sanitaria diversa: Se programan visitas supervisadas con el progenitor. Nueva adopción de medidas de supervisión en el centro escolar. Se programa cambio de centro para el nuevo curso escolar. Controles cada 15 días en A.P. donde se sigue un control dietético y se valora emocionalmente al paciente. Valoración mensual por Psiquiatría Infantil: - Psicoterapia para tto depresión y bulimia - Antidepresivos orales: Fluoxetina 15mg/d (al no existir respuesta a terapia psicológica tras 4 sesiones y depresión severa). **Discusión:** En la actualidad la patología social en el adolescente es tanto o más importante que la orgánica y el médico debe aprender a reconocerla y tratarla.

¿ARTE O SALUD? LAS PRÁCTICAS ARTÍSTICAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA

García Martín, R.; Siles Moriana, S.; Álvarez Sánchez, B.;

Rosa Lorenzo, C.; Nieto Ocaña, E.

CMS Villaverde Madrid

Introducción: -Se detecta la necesidad de trabajar contenidos relacionados con la salud, con niños/niñas y adolescentes que participan en campamento urbano de Secretariado Gitano durante el mes de Julio de 2017. Se diseñan talleres en los que se conjuga el arte y la salud para buscar nuevas metodologías de trabajo. **Objetivos:** -Trabajar hábitos saludables para la mejora de su salud integral. -Sensibilizar a sus familias sobre la necesidad de que sus hijos/as tengan hábitos de vida saludables. **Material y métodos:** -Diversos materiales utilizados desde cajas, papel, cartón, pegamento, etc hasta azúcar, materiales audiovisuales, música para el baile, push up, gomas elásticas, etc. -Metodología participativa, reflexiva y basada en las artes. -Recursos humanos: monitoras, monitor de baile, jóvenes del barrio que hacen calistenia, becaria de Arte y médica y enfermera de Centro de Prevención y Promoción de la salud. **Resultados:** -La mayoría de los niños y niñas mejoraron sus hábitos relacionados con la alimentación, el ejercicio. -Se establecieron normas y límites para la convivencia durante las actividades que en su mayor parte respetaron. -Construcción de un espacio común de trabajo entre las entidades involucradas en el diseño del proyecto. **Conclusiones:** -El uso de nuevas metodologías a través de prácticas artísticas ha fomentado la participación de la población diana de los talleres y de los/as profesionales implicados en el proyecto. -Ha impulsado el desarrollo de la conciencia crítica en torno a los hábitos saludables.

LAS HERIDAS TORACO-ABDOMINALES PENETRANTES POR OBJETO PUNZO-CORTANTE (ARMA BLANCA). CONSIDERACIONES TENIENDO EN CUENTA EL INCREMENTO DE LA VIOLENCIA EN LOS ADOLESCENTES CUBANOS

Martínez Villares, AR.

Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez. La Habana. Cuba.

Resumen: El cirujano pediátrico -intensivista, está habituado a tratar a lactantes y niños. Superar la barrera asistencial de los 15 años, ha planteado algunas dificultades que aumentan a medida que el paciente va creciendo, hasta llegar a los 18 años, edad pediátrica máxima, vigente en nuestro país. La atención a los adolescentes involucrados en actos de violencia y demás lesiones intencionales constituyen un reto al personal médico que debe realizarla, contando que la mayoría de estos pacientes son sujetos sanos antes del evento traumático y deben incorporarse lo antes posible y de la mejor manera a la vida social. El aumento de la violencia y la indisciplina social y las lesiones que desde la urgencia nos vemos obligados a enfrentar, hacen que debamos estar preparados para este tipo de eventos que antes no eran frecuentes en Pediatría. Pretendemos con este trabajo caracterizar los adolescentes con lesiones penetrantes toraco-abdominales que han necesitado atención quirúrgica y cuidados intensivos, en un periodo de 10 años en el Centro de referencia para el trauma Pediátrico, en La Habana. Cuba.

EL ADOLESCENTE LESIONADO GRAVE.... UN RETO AL CIRUJANO PEDIÁTRICO

Martínez Villares, AR.

Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez. La Habana. Cuba.

Resumen: El cirujano pediátrico está habituado a tratar a lactantes y niños, y superar la barrera asistencial de los 14 años planteo algunas dificultades que aumentan a medida que el paciente va cumpliendo años hasta llegar a los 18, edad pediátrica máxima, que existe en nuestro país, para las enfermedades agudas y crónicas. El fenómeno de la violencia es entendido como un proceso social que comprende las más variadas formas de agresión y que se caracteriza por tener

un efecto multiplicador y expansivo que no solo afecta a las víctimas, sino a la sociedad en pleno. Un aspecto que se observa con creciente preocupación es la violencia (asaltos, robos a mano armada, atentados contra la propiedad, peleas, homicidios y suicidios), y que es un problema que requiere de una adecuada y urgente atención por parte de padres, maestros y todos los que trabajamos con estas edades para sembrar una cultura duradera y prevenir la violencia. La atención a los adolescentes involucrados en accidentes de tránsito y demás lesiones intencionales o no, que pueden aparecer en este grupo etario constituyen un reto al personal médico que debe realizarla, contando que la mayoría de estos pacientes son sujetos sanos antes del evento traumático y deben incorporarse lo antes posible y de la mejor manera a la vida social. Ponemos a su disposición una revisión de las principales lesiones graves en adolescentes, que han sido diagnosticadas y tratadas en los últimos 10 años en el Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez, Centro de referencia para la atención al paciente politraumatizado, y que por su magnitud han necesitado Cuidados Intensivos.

ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ: UNA CAUSA INFRADIAGNOSTICADA DE ÚLCERAS GENITALES EN ADOLESCENTES

Aboza García, MR.; Pareja Bosh, A.; Martín Blázquez, JL.

H. Virgen del Rocío Sevilla

Introducción: La úlcera de Lipschütz es una entidad descrita a comienzos del siglo pasado consistente en la aparición de úlceras agudas vulvares en adolescentes mujeres de causa no venérea y en la que no se puede encontrar tampoco una causa no venérea claramente identificable. Es por tanto un diagnóstico de exclusión. Es una entidad con una incidencia baja y por tanto poco conocida, causa de que pueda ser una patología infradiagnosticada en el adolescente en edad pediátrica. **Caso Clínico:** Mujer de 11 años que acude al servicio de urgencia por aparición aguda una úlcera genital que inicialmente producía prurito y que en la actualidad produce dolor. Presenta previo a la aparición de la úlcera cuadro de fiebre de hasta 39,5°C, cefalea y odinofagia. La paciente niega relaciones sexuales previas. No ha presentado menarquía. No aftas en otras localizaciones ni clínica sistémica recurrente. A la exploración se objetiva faringe hiperémica con exudado amigdalar izquierdo adenopatías laterocervicales rodaderas de mediano tamaño e inguinales bilaterales. Úlcera única en el lado izquierdo de la horquilla posterior de los labios menores, con fibrina y escaso edema circundante. Se realizó analítica general con transaminasas, PCR y VSG. Se realiza sedimento de orina, frotis faríngeo y de la lesión genital y serología para VIH, lúes, VEB, CMV, VHS tipo 1 y 2 no aportando una etiología evidente. Se trató con antiinflamatorios orales y tópicos con evolución hacia la resolución completa en 2 semanas sin dejar cicatriz. **Discusión:** El diagnóstico de este tipo de úlcera es fundamentalmente clínico y de exclusión ya que es necesario descartar la etiología infecciosa de la misma o que esté relacionada con una enfermedad sistémica (Enfermedad de Behçet, enfermedad de Crohn...) Aunque se ha relacionado con la primoinfección por VEB en nuestro caso no se ha podido identificar un patógeno con el que relacionarlo, lo que es habitual en los casos descritos en la bibliografía. Dada la baja incidencia es necesario un alto grado de sospecha para no infradiagnosticar esta patología.

SÍNDROME DE SECRECIÓN URETRAL EN UN ADOLESCENTE

Simões, AS.; Fernandes, C.; Luz, A.; Moleiro, P.

H. Santo André, Leiria Coimbra Portugal

Introducción y objetivos: Los adolescentes sexualmente activos tienen un mayor riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual

(ITS) por la combinación de factores conductuales, biológicos y culturales. Describimos un caso clínico de una infección por *Neisseria gonorrhoeae* en un adolescente. **Caso clínico:** Adolescente de 17 años, sexualmente activo, observado en un Servicio de Urgencia Pediátrica por prurito peneano, disuria y secreción uretral amarilla, con una semana de evolución. Sin fiebre, úlceras o vesículas anogenitales. A la observación fue objetivada secreción uretral amarilla, espesa y sin olor característico. Se estableció una terapia empírica con cefixime 400mg per (po), azitromicina 1g po y metronidazol 2g po, dosis única. De la investigación complementaria realizada se destaca el examen bacteriológico y la amplificación de ácidos nucleicos (NAAT) del exudado anogenital positivo para *Neisseria gonorrhoeae*. Serologías para el VIH, VHC, VHB y VDRL negativas. En D7 post-tratamiento, se mantuvo sin relaciones sexuales y con persistencia de la disuria, habiendo sido realizada prueba de cura que fue positiva para *N. gonorrhoeae*. Hizo azitromicina 1mg PO y ceftriaxona 250 mg IM, dosis única, con control de curación posterior negativo. Mantuvo seguimiento en consulta con enfoque en la educación sexual y control serológico de las restantes ITS. **Discusión:** La infección gonocócica es la segunda ITS más documentada a nivel mundial, con un aumento reciente del 5,2% en adolescentes de 15 a 19 años. Su identificación y tratamiento tempranos reducen la transmisión en la comunidad. La resistencia de las ITS, en particular la gonorrea, a los antibióticos, ha aumentado rápidamente. Se han descrito resistencias a las cefalosporinas de tercera generación, como el cefixime. El fallo terapéutico, debe ser considerado cuando hay persistencia de síntomas y una prueba de curación positiva, habiendo las relaciones sexuales sido suspensas, como en el caso clínico anteriormente mencionado.

ENTEROCOLITIS INDUCIDA POR PROTEÍNAS ALIMENTARIAS: UNA PATOLOGÍA TAMBIÉN PRESENTE EN ADOLESCENTES

Pérez España, A.; Bellón Alonso, S.; Gallardo Padilla, P.; Bracamonte Bermejo, T.; Echeverría Zudaire, LA.

H. Clínico. U. Valladolid

Introducción: La enterocolitis inducida por proteínas alimentarias, conocida como *FPIES* (Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome), es un tipo de hipersensibilidad alimentaria no IgE mediada, poco conocido, que afecta principalmente a lactantes y escolares, persistiendo en algunos casos durante la adolescencia. Cursa con vómitos profusos y diarrea, con afectación del estado general, pudiendo desembocar en shock. La leche es el alimento más frecuentemente implicado ganando cada vez más importancia el pescado. El diagnóstico suele retrasarse debido a la ausencia de síntomas clásicos de alergia IgE. No existen biomarcadores diagnósticos específicos, por lo que la provocación oral con el alimento implicado es el gold estándar aunque ésta puede evitarse cuando hay antecedente de cuadros graves o reiterados e historia clínica compatible. El tratamiento, basado en fluidoterapia endovenosa, debe ser precoz. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo de los pacientes diagnosticados de *FPIES* en nuestro hospital del 2000 al 2017. Describimos porcentaje de pacientes adolescentes, alimentos implicados, pruebas diagnósticas realizadas y tolerancia actual a dichos alimentos. **Resultados:** De los 30 pacientes diagnosticados de *FPIES*, 5 (16,7%) han superado actualmente la enfermedad. Entre los 25 pacientes restantes (83,3%), 4 (16%) son adolescentes. La proporción de varones/mujeres es 3:1. El pescado ha sido el alimento implicado en 3 de ellos (75%); el caso restante se trata de un *FPIES* por gluten (25%). Todos presentaron pruebas cutáneas e IgE específica en suero negativas. Se realizó prueba de provocación oral con resultado positivo en 4 de ellos, presentando vómitos repetidos, palidez cutánea

y decaimiento intenso y en uno de ellos, además, diarrea. La clínica se resolvió en las siguientes 24 horas. **Conclusiones:** El *FPIES* precisa de un diagnóstico precoz para evitar cuadros potencialmente graves. A diferencia del *FPIES* inducido por proteínas de leche de vaca, en el *FPIES* por pescado la adquisición de tolerancia suele ser más tardía persistiendo hasta la adolescencia o edad adulta, como se presenta en nuestra serie. Incidir en el conocimiento de la enfermedad de los adolescentes y en la evitación de trasgresiones dietéticas resulta imprescindible dado el grado de autonomía que éstos alcanzan en esta etapa de su vida.

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA CON BASE ORGÁNICA

Amaya Lautz, A.; Valero Flores, N.; Violadé Guerrero, F.
H. Virgen del Rocío Sevilla

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria son relativamente frecuentes en la adolescencia, pero ante la sospecha de uno de ellos con afectación nutricional significativa, no podemos conformarnos y debemos descartar patología orgánica subyacente. **Caso clínico:** Anamnesis: Niña de 12 años que ingresa por desnutrición grave y sospecha de TCA. Refiere inapetencia de 5 meses de evolución con pérdida de peso de 10 kilogramos. Refiere menor apetito, cefalea frontal y dolor abdominal periumbilical de tipo cólico que cede sin analgesia y tras evacuación fecal. No despertares ni sudoración nocturna. No fiebre. No exantemas, no artralgias/artritis. Alterna heces formadas con heces blandas, no voluminosas, no dolorosas y sin productos patológicos. Es valorada y seguida por Salud Mental. Refiere que deja de comer por saciedad. No claro rechazo de la imagen corporal. Los familiares refieren disminución del apetito de forma gradual, sin acontecimiento desencadenante. No refieren astenia, sí conducta más ansiosa. **Exploración:** Ligera palidez cutánea, no de mucosas. Escaso pániculo adiposo. No adenopatías. ACP: normal. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación profunda, ruidos intestinales presentes. Peso: 34 kg (P14). Talla: 157.5 cm (P83). IMC: 13.71 kg/m² (P4). Índice de Waterlow (peso): 66.86%. Índice de Waterlow (talla): 103.78%. Índice Nutricional (Shukla): 72.48%. Pruebas complementarias: Hemograma: Trombocitosis (616x10⁹/mm³). Serie roja y blanca normales. PCR: 41,9 mg/L. VSG 25 mm/h. Proteinograma: Albúmina 2,9 g/dl. Prealbúmina 12,3 mg/dl. Inmunoglobulinas normales. Calprotectina: >2100 mcg/g. Sangre oculta: Positiva. Resto de pruebas complementarias normales. **Evolución:** Ante los resultados de las pruebas complementarias iniciales sugerentes de patología orgánica, se realiza gastrocolonoscopia con resultados compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal. Se inicia inducción a la remisión con nutrición enteral exclusiva, adecuadamente tolerada por vía oral y con ganancia ponderal durante el ingreso. Se acuerda alta domiciliaria y control ambulatorio, pendiente de iniciar tratamiento de mantenimiento. **Diagnóstico:** Enfermedad Inflamatoria Intestinal (confirmada posteriormente por histología). **Discusión:** El interés de este caso es que la paciente se ingresó por la desnutrición que presentaba por un supuesto TCA, no por una sospecha inicial de patología orgánica.

SÍNCOPE EN ADOLESCENTE CON SÍNDROME QT LARGO CONGÉNITO, LA COMPLEJIDAD DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Galiano Ávila, C.; Portillo Márquez, M.; Real Terrón, R.
Hospital de Mérida

Introducción: El síncope en la adolescencia es una patología importante por su frecuencia (hasta un 50% ha presentado al menos un

episodio) y su dificultad a veces para llegar a un diagnóstico claro. La mayoría son de etiología benigna, siendo el más frecuente el síncope vasovagal (85% de ellos) ocasionado por hipoxia cerebral secundario a los cambios posturales o la bipedestación prolongada. En algunos casos la sintomatología es similar a la epilepsia, de ahí la importancia del diagnóstico diferencial. **Caso clínico:** Niña de 13 años con antecedente personal de síndrome QT largo congénito tipo 1 en tratamiento con nadolol (40 mg en toma única matutina) que inicia cuadros repetidos (un episodio al mes) de cefalea, mareo y palidez facial seguidos de pérdida brusca de tono y conocimiento junto con una somnolencia posterior muy prolongada, logrando la recuperación completa a las 2 horas del inicio del cuadro. En algunos episodios presenta clónias de miembros. Se realiza estudio cardiológico completo normal en repetidas ocasiones, así como electroencefalograma de vigilia normal. Dado sus antecedentes se coloca un Holter implantable, sin registrar arritmias ni otras anomalías del ritmo cardíaco, con frecuencias cardíacas normales durante los episodios. Ante la dificultad de descartar completamente una epilepsia se solicitó video-electroencefalograma (aún pendiente de realizar). En este punto, y tras excluir la posible causa cardiogénica, se realizó el test de mesa basculante, que resultó positivo a los 15 minutos con caída de presión arterial (vasopresor puro) sin modificaciones significativas de la frecuencia cardíaca. **Discusión:** En nuestro caso presentamos una niña con un síndrome QT largo congénito con síncope de repetición por lo que lo más importante, dado su pronóstico vital y tratamiento, era descartar la causa cardiogénica (síncope secundarios a arritmias cardíacas). La clínica con características también compatible con una epilepsia y atípica para un síncope vasovagal por la prolongada recuperación posterior dificultaron el diagnóstico diferencial. En base a los estudios complementarios fue diagnosticada de hipotensión ortostática y síncope vasovagal. Se decidió pautar la dosis de betabloqueante en dos tomas diarias y se aconsejaron medidas de prevención ante ortostatismo, sin nuevos episodios.

PROGRAMA DE TRANSICIÓN DESDE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA A LA MEDICINA DEL ADULTO: "CONDUCE TU SALUD"

Vicente Calderón, C.; Martínez Jimenez, V.;
Piñero Fernández, JA.; Sánchez Sauco, MF;

Grupo de transición (Saura Luján IM.; de los Reyes García Terres J.;
Luján Villaseca R.; Gambín Caja I.; Rodríguez EM.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia.

Introducción: El paso del paciente pediátrico a un servicio de adultos no está bien organizado y en la mayoría de los hospitales es un simple traslado de expediente. Además sucede en una etapa crítica como es la adolescencia. **Objetivo:** Presentar el diseño del programa de transición de Nefrología: "Conduce tu salud" elaborado en un hospital de tercer nivel, resaltando la importancia del abordaje multidisciplinar y los cuestionarios utilizados incluyendo los aspectos psicosociales y ambientales. **Material y Métodos:** Los pacientes incluidos son adolescentes seguidos en la consulta de nefrología pediátrica y comienzan a partir de los 15-16 años. Se realiza valoración médica conjunta (nefrólogo pediatra y de adultos), se utiliza un cuestionario (conduce tu salud) que tiene tres versiones evolutivas (bicicleta, moto y coche). Realizamos valoración psicosocial y medioambiental (hábitos tóxicos, salud sexual, redes sociales). El proceso de transición finaliza tras haber alcanzado el último nivel evolutivo y el equipo interprete que el paciente está preparado para el cambio. **Resultados:** Han iniciado el programa de transición 45 pacientes. La edad media de inclusión ha sido de 16 años. La mayoría

tienen buen conocimiento de su enfermedad pero poca autonomía y autocuidado. El 85% utilizan un red social, hemos detectado un 20% de problemas psicosociales ("cutting", alcoholismo familiar, baja autoestima...). En el último año un 20% ha fumado, un 70% ha tomado alcohol y un 10% marihuana. **Conclusiones:** El programa "conduce tu salud" establece un proceso planificado, coordinado y multidisciplinar que se realiza de forma individualizada, progresiva y consensuada con el paciente, la familia y el equipo médico. Este permite una adecuada transferencia de una unidad pediátrica a una de adultos. Los diferentes cuestionarios permiten evaluar la madurez del paciente y abordar diferentes esferas que pueden afectar a su enfermedad.

ANAFILAXIA INDUCIDA POR EJERCICIO: ¿POR QUÉ ES MÁS FRECUENTE EN LA ADOLESCENCIA?

Pérez España, A.; Marcos Temprano, M.; Gacimartín Valle, P.;
Carranza Ferrer, J.; Justo Vaquero, P.

H.C.U. Valladolid

Introducción: El incremento gradual de prácticas deportivas conforme avanzan las etapas del desarrollo junto con la alta prevalencia de la patología alérgica, ha supuesto la aparición de síndromes de trasfondo alérgico, que sólo se manifiestan con el ejercicio. Destaca la anafilaxia inducida por ejercicio (AIE), cuyo único factor físico desencadenante es el ejercicio pero existen cofactores que aumentan la reactividad a un determinado alérgeno alimentario actuando como inductores de la anafilaxia. Entre estos cofactores encontramos fármacos (AINES), alcohol, menstruación o estrés emocional. **Caso clínico:** Varón de 12 años con antecedente de asma y urticaria inducida por ejercicio y SAO con leguminosas. Dieta de exclusión de frutos secos y legumbres. Pruebas cutáneas previas positivas para lenteja, guisante y cacahuete, negativas para resto de legumbres, frutos secos y soja. En el último año presentó dos episodios consistentes en hiperemia conjuntival, rash facial, angioedema labial y palpebral, abdominalalgia, náuseas, disnea, opresión torácica y mareo, que iniciaron media hora después de comenzar a montar en bici, tras una hora de ingerir salsa de soja. Precisó adrenalina intramuscular, corticoide y antihistamínico sistémico y salbutamol inhalado. Un año antes había sufrido dos episodios de idénticas características tras ingesta de chocolate con trazas de frutos de cáscara y coincidiendo con realización de ejercicio. En ninguno de los casos utilizó el autoinyector de adrenalina a pesar de estar instruido en su uso. Triptasa sérica: 7ug/l. Espirometría basal normal. Prick positivo a guisante, lenteja, garbanzo, cacahuete, judía blanca y soja. IgE total 89kU/l. Guisante 44.2UI/ml, lenteja 43.6UI/ml, garbanzo 44.3UI/ml, cacahuete 11.2UI/ml, soja 9.85UI/ml, avellana 1.1UI/ml, judía blanca 0.66UI/ml. Se indicó evitación de leguminosas y realización de ejercicio 4-6 horas tras la ingesta. **Discusión:** Las características socio-emocionales así como el incremento en la ingesta de alcohol o AINES y la práctica de deportes entre los adolescentes, facilitan el desencadenamiento de anafilaxia en pacientes predispuestos. Para evitar cuadros potencialmente graves es imprescindible incidir en la identificación y en la evitación de los alimentos y cofactores implicados y sobretodo en la educación sobre el uso del autoinyector de adrenalina.

PÉRDIDA DE PESO Y VÓMITOS, ¿TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA?

Gómez-Carpintero García, A.; Ceñal González-Fierro, MJ.; Gómez de Pablos Romero, M.; Román Gómez, M.; Bermejo Gómez, A.

Hospital Universitario de Móstoles

Introducción: Los vómitos son un motivo de consulta frecuente e incluyen un diagnóstico diferencial muy amplio desde alteracio-

nes digestivas a trastornos neurológicos, endocrinos, psicógenos, etc. Una causa grave es la presencia de hipertensión intracraneal.

Caso clínico: Niña de 11 años que acude a Urgencias tras realizar 8 vómitos de contenido alimenticio, en horas. Lleva 3 meses realizando vómitos diarios (sin patrón claro y sin ocultarlos), se acompañan de dolor abdominal, que empeora con la ingesta y mejora con la deposición (no cambios con el omeprazol). No pirosis. Ha perdido 7 kilos durante este tiempo, ha disminuido la ingesta por miedo a vomitar. Cefalea ocasional. Presenta exploración física normal. Se realiza analítica completa, tránsito gastroesofágico, ecografía abdominal, fondo de ojo, ACTH, cortisol, perfil tiroideo, FSH y LH, estando todas las pruebas dentro de la normalidad. Se realiza interconsulta a psiquiatría para descartar trastorno de la conducta. Durante el ingreso realiza un vómito (asociado a la realización del tránsito). Ante la duda, se solicita una resonancia craneal, en la que se observa una tumoración infratentorial sólido-quística de 5cm en vérmix cerebeloso (compatible con astrocitoma pilocítico) con hidrocefalia triventricular y edema transependimario. Se traslada a neurocirugía.

Discusión: Siempre se debe descartar una causa orgánica antes de diagnosticar un trastorno de la conducta alimentaria. Los tumores primarios del sistema nervioso central (SNC) representan el segundo tipo de cáncer más frecuente en niños (el primero si hablamos de tumores sólidos), sólo por debajo de las leucemias. La mortalidad se aproxima al 30%, siendo los tumores infantiles con más morbimortalidad. Los astrocitomas representan el 40% de los tumores del SNC en niños, siendo la variedad más frecuente el pilocítico, típicamente localizado en cerebelo. El diagnóstico se realiza mediante la resonancia magnética donde se observa un nódulo en el interior de una masa quística. La clínica se suele presentar como 3-6 meses de ataxia de extremidades (a diferencia del meduloblastoma que da ataxia troncal) asociado a síntomas de hipertensión intracraneal. El abordaje terapéutico de estos tumores es multimodal, siendo la cirugía con resección completa de elección.

RINORREA Y PROPTOSIS OCULAR EN ADOLESCENTE CON ANTECEDENTE DE LEUCEMIA AGUDA BIFENOTÍPICA

Gil Cardona R.; Lebrón Martín J.; Llampén López M.

H. U. Virgen del Rocío Sevilla

Introducción: Dentro de la población pediátrica y adolescente, el cáncer cobra una relevancia excepcional al ser la primera causa de muerte por enfermedad. A pesar de las altas tasas de curación, la vigilancia debe mantenerse, ya que puede reaparecer de forma totalmente inesperada. **Caso clínico:** Paciente de 13 años que presenta rinorrea clara persistente y obstrucción nasal, así como dos episodios de epistaxis autolimitados coincidiendo con realización de piercing en el septo nasal. Tras aproximadamente dos semanas, sus familiares perciben proptosis de ojo derecho. No refieren fiebre, pérdida de peso, sudoración ni dolor óseo. Sí cefalea ocasional, autolimitada. Como antecedentes personales, la paciente sufrió una leucemia aguda bifenotípica a los 6 años de edad que requirió trasplante de progenitores hematopoyéticos de sangre de cordón umbilical no emparentado, en resolución en el momento de la consulta. **Exploración:** proptosis de globo ocular derecho con desviación del mismo hacia región temporal, edema palpebral inferior y leve limitación de la elevación de la mirada. El fondo de ojo es normal y en la rinoscopia se objetiva una masa en fosa nasal derecha a 0,5-1 cm de la narina. Pruebas complementarias: Hemograma y bioquímica normales salvo discreta elevación del ácido úrico. LDH, VSG, PCR y ferritina en rango. Frotis de sangre periférica: sin hallazgos.

Pruebas de imagen: se llevan a cabo TC y RM craneal, objetivándose masa con epicentro en fosa nasal derecha con remodelación y destrucción ósea que se extiende a órbita derecha y presenta componente intracraneal (diámetro aproximado de 7x3.8x4 cm). El PET no muestra indicios de enfermedad diseminada. Aspirado de médula ósea: no se objetivan linfoblastos B patológicos ni otras alteraciones mieloides. Anatomía patológica: marcadores compatibles con neuroblastoma olfatorio. **Discusión:** El neuroblastoma olfatorio o esteseoneuroblastoma es un tumor maligno raro que se origina en el bulbo olfatorio. A diferencia de la población adulta, los muy anecdóticos casos entre niños y adolescentes presenta un buen pronóstico con excelente respuesta a tratamiento combinado con cirugía y quimioterapia.

PATOLOGÍA ÓSEA EN EL ADOLESCENTE. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Iglesias Barroso, M.; Díaz Fernández, F.; Martín Talavera, M.;

Jiménez Cabeza, S.; Martínez Fernández, M.

H.I. Virgen del Rocío

Introducción: Las infecciones óseas tienen una incidencia de 4-10/100.000 niños. Aunque esta patología presenta un pico en la primera década (la mayoría de los casos en menores de 3 años), debemos sospecharla ante clínica sugerente en pacientes adolescentes. A continuación abordamos el diagnóstico diferencial entre la patología ósea infecciosa y la tumoral a propósito de un caso. **Paciente de 11 años con síndrome de Williams-Beuren que acude a urgencias por impotencia funcional de miembro inferior izquierdo tras caer de una escalera.** Como antecedentes personales destacan otitis media supurativa en semana previa a episodio actual, linfoma de Burkitt abdominal en remisión y estenosis valvular pulmonar sin repercusión hemodinámica. A la exploración se aprecia inflamación y eritema en maléolo tibial y tercio distal de tibia. Se realiza radiografía de miembro afecto en la que no se visualizan hallazgos patológicos. Tras tres semanas con férula suropédica y tratamiento con AINES se reevalúa al paciente que presenta marcada inflamación de partes blandas. Se solicitan nuevas pruebas de imagen (Rx y TAC) en las que se observa patrón apolillado con destrucción de la cortical y se extrae analítica (recuento y fórmula leucocitaria normal PCR 7,1 mg/ dl). Ante los hallazgos en las pruebas complementarias y teniendo en cuenta los antecedentes del paciente se plantea diagnóstico diferencial entre sarcoma de Ewing, osteomielitis, granuloma eosinófilo y osteosarcoma y se decide ingreso para estudio. Durante su estancia en planta se realiza seguimiento multidisciplinar (infectólogos, traumatólogos y oncólogos) y se administra antibioterapia intravenosa empírica. Se realiza RMN que no es concluyente, gram de punción ósea en el que no se observan gérmenes y finalmente biopsia ósea que muestra alteraciones histológicas atribuibles a osteomielitis. Tras tres semanas de antibioterapia intravenosa con cloxacilina se completa tratamiento por vía oral y se decide limpieza quirúrgica de la zona. Evolución posterior favorable, logrando bipedestación y deambulación a los tres meses de la intervención. **Discusión:** Las infecciones osteoarticulares son difíciles de reconocer en fases precoces en especial cuando el paciente se encuentra afebril o presenta clínica insidiosa. Una historia clínica detallada es fundamental para establecer la sospecha diagnóstica. Ante la misma, debemos iniciar antibioterapia intravenosa empírica de forma precoz. La radiología nos ayuda a realizar el diagnóstico diferencial con la patología tumoral, aunque no siempre es concluyente. En estas ocasiones se requiere la realización de biopsia para llegar al diagnóstico.

Respuestas correctas a las preguntas test

Vacunas en la adolescencia: 1d) Las coberturas vacunales en la adolescencia son más bajas que las cifras de vacunación en los niños en los dos primeros años de vida que llegan al 95-98%. **2e)** Las coberturas vacunales de dT a los 14-16 años de edad es del 82% y para el VPH a los 11-14 años es del 77,8%. **3e)** Todas son ciertas. **4d)** El mayor porcentaje de portadores nasofaríngeos de meningococo se observa en la adolescencia, con un pico máximo a los 19 años (23,7%), lo que convierte a este grupo en el primer transmisor de la infección, además de entre los adolescentes, a los niños pequeños y a las personas mayores. **5c)** Es preciso realizar una vacunación de rescate de todas las adolescentes mayores de 11 años no vacunadas, preferentemente con vacuna del PMV nonavalente. Importante la recomendación universal.

Disforia de género en la infancia y adolescencia 1d) Todas son ciertas. En efecto todas esas razones han influido en cambiar la denominación. **2b)** Siempre son bien tolerados por la familia por su incondicionalidad. La familia, muchas veces es la primera que rechaza esta situación. **3c)** Castigar por este motivo. En ninguna circunstancia estaría indicado el castigo.

Disforia de género en menores: actitud diagnóstica y tratamiento 1c), 2c), 3c)

Problemas legales en el tratamiento médico de la disforia de género en menores de edad. 1c) No es necesario conocer las circunstancias si se cuenta con la aprobación del niño firmada. **2c)** El Estado no debe inmiscuirse en razones personales, debe ser la familia quien tome las decisiones en caso de un menor. El Estado ha de adoptar también una posición esencial de garante no sólo frente a los ataques por parte de terceros sino incluso respecto de las propias decisiones del menor que ponga en riesgo su vida o integridad. **3d)** Todas son razonables.

Dermatología de la adolescencia: Acné, tatuajes y piercings. 1c) Es una enfermedad de origen genético, causa dolor, baja autoestima, puede producir cicatrices y depresión. **2d)** Forma parte de los valores estéticos y culturales de la adolescencia, por lo que es necesario educar para la salud respecto a los riesgos. **3b)** En el caso del adolescente, dado su desinterés por la salud, el acné no suele ser motivo de preocupación. Paradójicamente, aunque manifieste cierto desinterés por su salud, la preocupación por su estética es constante.

Transición en cardiología de las cardiopatías congénitas: 1d) Con el diagnóstico prenatal se ha conseguido disminuir siendo una de las malformaciones de menor prevalencia. A pesar del diagnóstico prenatal, sigue siendo la malformación más frecuente. **2e)** Todos son objetivos a cumplir. En efecto, todos los enunciados, y otros, son objetivos deseables de cumplir. **3d)** Intervenidos de Trasposición de Grandes Vasos con buena evolución. Esta CC es susceptible de ser controlada en servicios especializados en nivel terciario de asistencia.

El adolescente con enfermedad crónica digestiva. Transición de los cuidados médicos de la época pediátrica a la del adulto: 1d) Todas son ciertas. **2b)** No es recomendable su uso dado el alto riesgo de abuso y dependencia de su uso. Está demostrado que son muchas más las ventajas que los inconvenientes. **3d)** En casos de buena evolución, no es necesario mantener una dieta sin gluten. La dieta sin gluten hay que mantenerla siempre, una vez se tenga el diagnóstico de E. Celíaca.

El TDAH y su comorbilidad. 1c) Los síntomas deben presentarse antes de los 12 años. **2a)** La asociación del TDAH con otras entidades del neurodesarrollo o problemas psiquiátricos es la norma más que la excepción. **3c)** El TDAH asociado a tics -T. de Tourette-, es frecuente y se asocia a comorbilidades múltiples entre los que se encuentran los trastornos emocionales, T. obsesivo-compulsivo, problemas conductuales y agresivos.

Tecnologías de la Información y de la Comunicación 1e) Robar material escolar. Todas las descritas menos el robo se consideran que forman parte del ciberacoso y ciberbullying. **2e)** Todas son características de "grooming". **3b)** Borrar lo antes posible las imágenes o textos de las pantallas para lograr que cese cuanto antes el acoso. Procurar retener y copiar el contenido de las pantallas como pruebas de los hechos.

Dislipemias. Situación actual: 1a) No aconsejan realizar cribado en menores de 2 años. **2e)** La fibra dietética debe ser de 8 a 28 g (dependiendo de la edad). **3e)** Todas son ciertas.

Problemas ortopédicos. 1c) En el adolescente es asintomática, aparece a los 10-11 años en las niñas y 12-13 en los niños, con una prevalencia del 2% para curvas mayores de 20°. **2d)** La enfermedad de Scheuermann es una cifosis rígida que afecta al 1-8% de la población y que se caracteriza por un valor angular superior a 45°, acuñamiento > 5° al menos en 3 vértebras, irregularidades en los platillos vertebrales y disminución del espacio discal (Sörensen, 1964). **3c)** NO suele haber antecedente de trauma previo.

adolescere

Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia



sema

Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia