

adolescere

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

Volumen V
MAYO 2017
Nº 2

3 y 4 marzo 2017

V CURSO INTERNACIONAL DE LA SEMA Salud Integral en la Adolescencia

Hospital Universitario
La Paz / Madrid



Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia

Protección duradera frente al cáncer de cérvix¹

El sistema adyuvante AS04 induce una respuesta de anticuerpos más potente y mantenida en el tiempo²



Pauta
DOS DOSIS
9-14 años^{3*}

Pauta
TRES DOSIS
a partir de 15 años^{3**}

PORQUE EL CÁNCER DE CÉRVIX IMPORTA

*La segunda dosis se administrará entre 5 y 13 meses después de la primera dosis. Si la segunda dosis de la vacuna se administra antes de que transcurran 5 meses desde la administración de la primera dosis, se debe administrar siempre una tercera dosis.

**Si se requiere flexibilidad en el esquema de vacunación, la segunda dosis se puede administrar entre 1 mes y 2,5 meses después de la primera dosis y la tercera dosis entre 5 y 12 meses después de la primera dosis. No se ha establecido la necesidad de una dosis de recuerdo.

1. Descamps D, Hardt K, Spiessens B, Izurieta P, Verstraeten T, Breuer T, et al. Safety of human papillomavirus (hpv)-16/18 AS04- adjuvanted vaccine for cervical cancer prevention: A pooled analysis of 11 clinical trials. Hum Vaccin. 2009; 5:332-40.
2. Giannini SL, Hanon E, Moris P, Van Mechelen M, Morel S, Dessy F, et al. Enhanced humoral and memory B cellular immunity using HPV16/18 L1 VLP. Vaccine.2006;24(33-34):5937-49.
3. FT Cervarix®. 07/2016 GSK.



www.centrodeinformacion-gsk.com
902 202 700
es-ci@gsk.com

Pueden notificarse las sospechas de reacciones adversas a la Unidad de Farmacovigilancia de GSK, telf: 902 202 700/900 202 700, fax: 91 8075940, email: unidad.farmacovigilancia@gsk.com



1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Cervarix suspensión inyectable en jeringa precargada. Vacuna frente al Virus del Papiloma Humano [Tipos 16, 18] (Recombinante, adyuvada, adsorbida). **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** I dosis (0,5 ml) contiene: Proteína L1 del Virus del Papiloma Humano tipo 16^{23,4}, 20 microgramos. Proteína L1 del Virus del Papiloma Humano tipo 18^{23,4}, 20 microgramos. Virus del Papiloma Humano = VPH^{23,4} adyuvada con AS04 que contiene: 3-O-desacil-4'-monofosforil lípido A (MPL)³, 50 microgramos, adsorbida en hidróxido de aluminio, hidratado (Al(OH)₃) en total 0,5 miligramos de AP². La proteína L1 se presenta en forma de partículas no infecciosas similares al virus (VLPs) producidas por la tecnología del ADN recombinante mediante la utilización de un sistema de expresión en Baculovirus que utiliza células Hi-5 Rix4446 derivadas de *Trichoplusia ni*. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Suspensión inyectable en jeringa precargada. Suspensión blanca turbia. **4. DATOS CLÍNICOS: 4.1 Indicaciones terapéuticas:** Cervarix es una vacuna indicada para personas a partir de los 9 años de edad para la prevención de lesiones ano-genitales premalignas (cervicales, vulvares, vaginales y anales) y cáncer de cérvix y ano causados por determinados tipos oncogénicos del Virus del Papiloma Humano (VPH) (ver secciones 4.4 y 5.1 para información importante acerca de los datos que apoyan esta indicación). La utilización de Cervarix debe realizarse de acuerdo con las recomendaciones oficiales. **4.2 Posología y forma de administración:** Posología: El esquema de vacunación depende de la edad del sujeto.

Edad en el momento de la primera inyección	Inmunización y esquema
De 9 a 14 años (inclusive)*	Dos dosis, cada una de 0,5 ml. La segunda dosis se administrará entre 5 y 13 meses después de la primera dosis
A partir de 15 años	Tres dosis, cada una de 0,5 ml, a los 0, 1, 6 meses**

*Si la segunda dosis de la vacuna se administra antes de que transcurran 5 meses desde la administración de la primera dosis, se debe administrar siempre una tercera dosis. **Si se requiere flexibilidad en el esquema de vacunación, la segunda dosis se puede administrar entre 1 mes y 2,5 meses después de la primera dosis y la tercera dosis entre 5 y 12 meses después de la primera dosis. No se ha establecido la necesidad de una dosis de recuerdo (ver sección 5.1). Se recomienda que los sujetos que recibieron una primera dosis de Cervarix completen el ciclo de vacunación con Cervarix (ver sección 4.4). **Población pediátrica (niños < 9 años de edad):** Cervarix no está recomendada para uso en niños de menos de 9 años de edad debido a la falta de datos de seguridad e inmunogenicidad en este grupo de edad. **Forma de administración:** Cervarix se debe inyectar por vía intramuscular en la región deltoidea (ver también secciones 4.4 y 4.5). Cervarix no se debe administrar por vía intravascular o intradérmica bajo ninguna circunstancia. No se dispone de datos acerca de la administración subcutánea de Cervarix (ver sección 4.4). En caso de que Cervarix se administre al mismo tiempo que otra vacuna inyectable, las vacunas siempre se deben administrar en lugares de inyección diferentes (ver sección 4.5).

4.3 Contraindicaciones: Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1.

4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo: Como con todas las vacunas inyectables, se deberá disponer en todo momento del tratamiento y supervisión médica adecuados, para el caso poco frecuente de aparición de una reacción anafiláctica tras la administración de la vacuna. Después de cualquier vacunación, o incluso antes, se puede producir, especialmente en adolescentes, un síncope (desfallecimiento) como una reacción psicógena a la inyección de la aguja. Durante la recuperación, éste puede ir acompañado de varios signos neurológicos tales como déficit visual transitorio, parestesia y movimientos tónico clónicos en los miembros. Es importante que se disponga de procedimientos para evitar daños causados por las pérdidas de conocimiento. Se debe posponer la administración de Cervarix en personas que padezcan enfermedades febriles agudas graves. Sin embargo, la presencia de una infección leve, como un resfriado, no es una contraindicación para la vacunación. La vacunación debe administrarse por vía intravascular o intradérmica bajo ninguna circunstancia. No hay datos disponibles sobre la administración subcutánea de Cervarix. Al igual que otras vacunas administradas intramuscularmente, Cervarix debe administrarse con precaución en personas con trombocitopenia o con trastornos de la coagulación, ya que en estos pacientes puede producirse una hemorragia tras la administración intramuscular. Como con otras vacunas, puede que no se obtenga una respuesta inmunitaria protectora en todos los vacunados. Cervarix sólo protegerá frente a las enfermedades causadas por los tipos 16 y 18 de VPH y en cierta medida, frente a enfermedades causadas por otros tipos oncogénicos de VPH relacionados (ver sección 5.1). Por lo tanto, se deben seguir utilizando las medidas de protección adecuadas frente a enfermedades de transmisión sexual. La vacuna es sólo para uso profiláctico y no tiene efecto sobre infecciones activas por VPH o sobre enfermedad clínicamente establecida. La vacuna no ha mostrado tener un efecto terapéutico. Por lo tanto, esta vacuna no está indicada para el tratamiento del cáncer de cérvix de la neoplasia cervical intraepitelial (CIN). Tampoco está indicada para prevenir la progresión de otras lesiones relacionadas con VPH ya establecidas o infecciones presentes en el momento de la vacunación por tipos vacunales o no vacunales de VPH (ver sección 5.1). "Eficacia en mujeres con evidencia de infección por VPH-16 o VPH-18 al comienzo del estudio". La vacunación no es un sustituto del cribado rutinario del cáncer de cérvix. Dado que ninguna vacuna es 100% efectiva y que Cervarix no proporcionará protección frente a cada tipo de VPH, o frente a infecciones por VPH presentes en el momento de la vacunación, el cribado rutinario del cáncer de cérvix sigue teniendo una importancia crítica y se deberían seguir las recomendaciones locales. La duración de la protección no ha sido totalmente establecida. No se ha establecido ni el momento ni la necesidad de una(s) dosis de recuerdo. Excepto en sujetos asintomáticos infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), para los que se dispone de datos limitados de inmunogenicidad (ver sección 5.1), no hay datos sobre el uso de Cervarix en sujetos con una alteración de la respuesta inmune tales como pacientes que estén recibiendo tratamiento inmunosupresor. Como con otras vacunas, puede que no se obtenga una respuesta inmune protectora en estos individuos. No hay datos de seguridad, inmunogenicidad o eficacia que apoyen la intercambiabilidad de Cervarix con otras vacunas de VPH. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** En todos los ensayos clínicos se excluyeron los individuos que habían recibido inmunoglobulinas o hemoderivados durante los 3 meses previos a la administración de la primera dosis de vacuna. **Uso con otras vacunas:** Cervarix se puede administrar concomitantemente con una vacuna combinada que contenga difteria (d), tétanos (T) y pertussis [acelular] (pa), con o sin poliomeilitis inactivada (IPV), (vacunas dTpa, dTpa-IPV), sin producir una interferencia clínicamente relevante en la respuesta de anticuerpos a cualquiera de los componentes de cada vacuna. La administración secuencial de la vacuna combinada dTpa-IPV seguida de la administración de Cervarix un mes después, tiende a producir GMT menores frente a VPH-16 y VPH-18 comparadas con las producidas cuando se administra Cervarix sola. Se desconoce la importancia clínica de esta observación. Cervarix se puede administrar concomitantemente con una vacuna combinada antihpatitis A (inactivada) y antihpatitis B (ADNr) (Twinrix) o con una vacuna antihpatitis B (ADNr) (Engerix-B). La administración de Cervarix al mismo tiempo que Twinrix ha demostrado que no existe una interferencia clínicamente relevante en la respuesta de anticuerpos frente a los antígenos de VPH y hepatitis A. La media geométrica de las concentraciones de anticuerpos anti-HBs fue significativamente más baja con la coadministración, pero no se conoce la importancia clínica de esta observación, puesto que las tasas de seroprotección permanecen inalteradas. La proporción de sujetos que alcanzaron anticuerpos frente a HBs \geq 10 mIU/ml fue del 98,3% con la vacunación concomitante y del 100% con Twinrix cuando se administra sola. Se observaron resultados similares cuando se administró Cervarix concomitantemente con Engerix-B en comparación con la administración de Engerix-B sola (el 97,9% de sujetos vs el 100% alcanzaron anticuerpos anti-HBs \geq 10 mIU/ml, respectivamente). En caso de que se administre Cervarix simultáneamente con otra vacuna inyectable, las vacunas siempre se deben administrar en sitios diferentes de inyección. **Uso con anticonceptivos hormonales:** Aproximadamente un 60% de las mujeres que recibieron Cervarix en los ensayos clínicos, usaban anticonceptivos hormonales. No hay evidencia de que el uso de anticonceptivos hormonales tenga un impacto en la eficacia de Cervarix. **Uso con medicamentos inmunosupresores sistémicos:** Ver sección 4.4. **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia:** Embarazo: No se han realizado ensayos clínicos específicos de la vacuna en mujeres embarazadas. Los datos en mujeres embarazadas,

recogidos como parte de los registros de embarazos, los estudios epidemiológicos y la exposición inadvertida durante los ensayos clínicos, no son suficientes para concluir si la vacunación con Cervarix afecta o no al riesgo de desenlaces adversos de la gestación, incluyendo el aborto espontáneo. Sin embargo, durante el programa de desarrollo clínico, se notificaron un total de 10.476 embarazos incluyendo 5.387 casos en mujeres que habían recibido Cervarix. En general, la proporción de embarazos que presentaron un desenlace específico (p.ej, recién nacido normal, recién nacido con alteraciones incluyendo anomalías congénitas, nacimiento prematuro y aborto espontáneo) fueron similares entre los distintos grupos de tratamiento. Los estudios en animales no muestran efectos dañinos directos o indirectos sobre la fertilidad, el embarazo, desarrollo embrional/fetal, parto o desarrollo posnatal (ver sección 5.3). Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de Cervarix durante el embarazo. Se aconseja a las mujeres que estén embarazadas o que estén intentando quedarse embarazadas que aplacen o interrumpan la vacunación hasta la finalización del embarazo. **Lactancia:** En los ensayos clínicos no se ha evaluado el efecto que produce en niños lactantes la administración de Cervarix a las madres. Cervarix sólo debe usarse durante la lactancia cuando las posibles ventajas superen los riesgos potenciales. **Fertilidad:** No se dispone de datos de fertilidad. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Sin embargo, algunos de los efectos mencionados en la sección 4.8 "Reacciones adversas" pueden afectar de forma temporal a la capacidad para conducir y utilizar máquinas. **4.8 Reacciones adversas: Resumen del perfil de seguridad:** En los ensayos clínicos realizados en niñas y mujeres de 10 a 72 años (de las que un 79,2% tenían entre 10 y 25 años en el momento de su inclusión), Cervarix se administró a 16.142 mujeres mientras que 13.811 mujeres recibieron un control. Se realizó un seguimiento de acontecimientos adversos graves en estos sujetos durante todo el periodo del ensayo. En un subgrupo previamente definido de sujetos (Cervarix = 8.130 versus control = 5.786), se registraron los acontecimientos adversos durante los 30 días siguientes a la administración de cada dosis de vacuna. En dos ensayos clínicos en los que se incluyeron varones de 10 a 18 años, 2.617 varones recibieron Cervarix y fueron seguidos mediante vigilancia activa de seguridad. La reacción adversa observada más frecuentemente después de la administración de la vacuna fue dolor en el lugar de la inyección, que ocurrió después de la administración del 78% de las dosis. La mayoría de estas reacciones fueron de gravedad leve a moderada y no tuvieron una duración prolongada. **Tabla de reacciones adversas:** Las reacciones adversas consideradas como al menos posiblemente relacionadas con la vacunación se han clasificado por frecuencias. Las frecuencias se definen como sigue: Muy Frecuentes (\geq 1/10), Frecuentes (\geq 1/100 a $<$ 1/10), Poco frecuentes (\geq 1/1.000 a $<$ 1/100).

Sistema de clasificación de órganos	Frecuencia	Reacciones adversas
Ensayos clínicos		
Infecciones e infestaciones	Poco frecuentes	Infección del tracto respiratorio superior
Trastornos del sistema nervioso	Muy Frecuentes	Cefalea
	Poco frecuentes	Mareos
Trastornos gastrointestinales	Frecuentes	Síntomas gastrointestinales incluyendo náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Frecuentes	Picor/prurito, erupción, urticaria
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Muy Frecuentes	Mialgia
	Frecuentes	Artralgia
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de la administración	Muy Frecuentes	Reacciones en el lugar de la inyección incluyendo dolor, enrojecimiento, inflamación, cansancio
	Frecuentes	Fiebre (\geq 38°C)
	Poco frecuentes	Otras reacciones en el lugar de la inyección como induración, parestesia local
Experiencia poscomercialización		
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Desconocida*	Linfadenopatía
Trastornos del sistema inmunológico	Desconocida*	Reacciones alérgicas (incluyendo reacciones anafilácticas y anafilactoides), angioedema
Trastornos del sistema nervioso	Desconocida*	Síncope o respuestas vasovagales a la inyección, algunas veces acompañadas por movimientos tónico clónicos (ver sección 4.4)

* Estos acontecimientos se notificaron de forma espontánea, por lo que no es posible estimar con certeza su frecuencia. En los ensayos clínicos se ha observado un perfil de seguridad similar entre sujetos con una infección anterior o actual por el VPH y sujetos negativos para ADN de VPH oncogénico o seronegativos para anticuerpos del VPH-16 y del VPH-18. **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano, <https://www.notificaram.es>. **4.9 Sobre dosis:** No se han notificado casos de sobre dosis. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS: 5.1 Propiedades farmacodinámicas:** Grupo farmacoterapéutico: vacunas, vacunas contra el papilomavirus, código ATC: J07BM02. **Mecanismo de acción:** Cervarix es una vacuna recombinante no infecciosa adyuvada preparada a partir de la proteína principal de la cápsida L1 en forma de partículas similares al virus (VLPs) altamente purificadas de los tipos oncogénicos 16 y 18 del VPH. Puesto que las VLPs no contienen ADN viral, no pueden infectar células, reproducirse o causar enfermedad. Los estudios en animales han mostrado que la eficacia de las vacunas de VLP L1 está mediada fundamentalmente por el desarrollo de una respuesta inmune humoral. Se estima que VPH-16 y VPH-18 son responsables de, aproximadamente, el 70% de los casos de cáncer de cérvix, el 90% de los casos de cáncer anal, el 70% de los casos de neoplasias vaginales y vulvares intraepiteliales de alto grado relacionados con VPH y el 78% de los casos de neoplasias anales intraepiteliales de alto grado (AIN 2/3) relacionados con VPH. Otros tipos oncogénicos de VPH también pueden causar cánceres ano-genitales (aproximadamente el 30%). VPH-45, -31 y -33 son los 3 tipos de VPH no vacunales más comunes identificados en el carcinoma de cérvix escamoso (12,1%) y en el adenocarcinoma (8,5%). El término "lesiones ano-genitales premalignas" que aparece en la sección 4.1 corresponde a la neoplasia cervical intraepitelial de alto grado (CIN2/3), a la neoplasia vulvar intraepitelial de alto grado (VIN2/3), a la neoplasia vaginal intraepitelial de alto grado (VAIN2/3) y a la neoplasia anal intraepitelial de alto grado (AIN 2/3). **Ensayos clínicos: Eficacia clínica en mujeres de 15 a 25 años de edad:** La eficacia de Cervarix fue evaluada en dos ensayos clínicos de fase I y III, aleatorizados, doble ciego, controlados, que incluyeron un total de 19.778 mujeres de 15 a 25 años de edad. En el ensayo clínico de fase II (estudio HPV001/007) se incluyeron sólo mujeres que: - Eran ADN negativas para los tipos oncogénicos de VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68. - Eran seronegativas para VPH-16 y VPH-18 y. - Presentaban citología normal. La variable primaria de eficacia fue la infección transitoria por VPH-16 y VPH-18. Como variable adicional de eficacia se evaluó la infección persistente de doce meses de duración. En el ensayo clínico de fase III (estudio HPV008) se incluyeron mujeres no cribadas previamente para la infección por VPH, es decir, sin tener en cuenta la citología basal, el estatus serológico para VPH y el estatus de ADN para VPH. La variable primaria de eficacia fue CIN2+ asociada a VPH-16 y VPH-18 (VPH-16/18). La neoplasia cervical intraepitelial (CIN) de grado 2 y 3 (CIN2/3) y el adenocarcinoma cervical in situ (AIS) fueron utilizados en los ensayos clínicos como marcadores subrogados para el cáncer de cérvix. Las variables secundarias incluyeron infección persistente a los 6 y 12 meses. La infección persistente con una duración de al menos 6 meses también se ha demostrado que es un marcador subrogado relevante para el cáncer de cérvix. **Eficacia profiláctica frente a la infección por VPH-16/18 en una población naïve a tipos oncogénicos de VPH:** En las mujeres vacunadas en el estudio HPV001 (N=1.113) la eficacia fue evaluada hasta el mes 27. En el estudio HPV007 se realizó el seguimiento de un subgrupo de mujeres vacunadas que

provenían del estudio HPV-001 (N=776) de hasta 6,4 años (aproximadamente 77 meses) desde la primera dosis (tiempo medio de seguimiento de 5,9 años). En el grupo control del estudio HPV-001 se produjeron cinco casos de infección persistente a 12 meses por VPH-16/18 (4 por VPH-16 y 1 por VPH-18) y un caso por VPH-16 en el grupo que recibió la vacuna. En el estudio HPV-007 la eficacia de Cervarix frente a la infección persistente a 12 meses por VPH-16/18 fue del 100% (IC 95%: 80,5-100). Se produjeron 16 casos de infección persistente por VPH-16, y 5 casos de infección persistente por VPH-18, todos en el grupo control. En el estudio HPV-023, se realizó un seguimiento de los sujetos de la cohorte brasileña (N=437) del estudio HPV-001/007 hasta una media de 8,9 años (con una desviación estándar de 0,4 años) después de la primera dosis. Al término del estudio HPV-023, no hubo casos de infección o lesiones histopatológicas asociadas con VPH-16 o VPH-18 en el grupo vacunal. En el grupo placebo, hubo 4 casos de infección persistente a 6 meses y 1 caso de infección persistente a 12 meses. El estudio no tuvo la potencia suficiente para demostrar la diferencia entre el grupo vacunal y el grupo placebo para dichas variables. **Eficacia profiláctica frente a VPH-16/18 en mujeres naïve a VPH-16 y/o VPH-18:** En el estudio HPV-008, los análisis primarios de eficacia fueron realizados en la cohorte por protocolo (cohorte PP: incluye mujeres que recibieron 3 dosis de vacuna y fueron ADN negativas y seronegativas en el mes 0 y ADN negativas en el mes 6 para el tipo de VPH considerado en el análisis). Esta cohorte incluyó a mujeres con citología normal o de bajo grado basalmente y sólo excluyó a mujeres con citología de alto grado (0,5% del total de la población). El recuento de los casos en la cohorte PP comenzó el día 1 tras la tercera dosis de vacuna. En total, el 74% de las mujeres reclutadas eran naïve tanto para VPH-16 como para VPH-18 (es decir, ADN negativas y seronegativas al comienzo del estudio). En el estudio HPV-008 se han realizado dos análisis: un análisis por acumulación de eventos, realizado en el momento en el que se alcanzaron al menos 36 casos CIN2+ asociados con VPH-16/18 en la cohorte PP y un análisis al cierre del estudio. La eficacia de la vacuna al cierre del estudio para la variable primaria CIN2+ se muestra en la Tabla 1. En un análisis adicional, se evaluó la eficacia de Cervarix frente a CIN3+ relacionadas con VPH-16/18.

Tabla 1: Eficacia de la vacuna frente a lesiones cervicales de alto grado asociadas con VPH-16/18 (cohorte PP)

Variable VPH-16/18	Cohorte PP ⁽¹⁾		
	Análisis al cierre del estudio ⁽²⁾		
	Cervarix (N = 7.338)	Control (N = 7.305)	% Eficacia (IC 95%)
CIN2+	n ⁽³⁾ 5	n 97	94,9% (87,7;98,4)
CIN3+	2	24	91,7% (66,6;99,1)

N = número de sujetos incluidos en cada grupo

n = número de casos

⁽¹⁾ PP: incluye a las mujeres que recibieron 3 dosis de la vacuna, fueron ADN negativas y seronegativas en el mes 0 y ADN negativas en el mes 6 para el tipo de VPH correspondiente (VPH-16 o VPH-18)

⁽²⁾ incluye 4 casos de CIN2+ y 2 casos de CIN3+ en los que se identificó otro tipo oncogénico de VPH en la lesión, concomitantemente con VPH-16 o

VPH-18. Estos casos están excluidos en el análisis de asignación de tipo de VPH (ver a continuación de la tabla).

⁽³⁾ seguimiento medio de 40 meses post dosis 3

En el análisis por acumulación de eventos, la eficacia fue del 92,9% (IC 96,1%: 79,9;98,3) frente a CIN2+ y del 80% (IC 96,1%: 0,398,1) frente a CIN3+. Además, se demostró una eficacia de la vacuna frente a CIN2+ asociada con VPH-16 y VPH-18 que alcanzó significación estadística de forma individual para cada tipo. La investigación posterior de los casos con múltiples tipos de VPH tuvo en cuenta qué tipos de VPH detectados mediante la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) estaban en al menos una de las dos muestras citológicas precedentes, además de en la lesión, para determinar los tipos de VPH que tenían más probabilidad de producirla (asignación de tipo de VPH). Este análisis post-hoc excluyó los casos (en el grupo vacunal y en el grupo control) que no se consideraron asociados causalmente a las infecciones por VPH-16 o VPH-18 adquiridas durante el estudio. Basado en el análisis post-hoc de asignación de tipo de VPH, en el análisis al cierre del estudio, hubo 1 caso CIN 2+ en el grupo vacunal frente a 92 casos en el grupo control (eficacia 98,9% (IC 95%: 93,8; 100)) y ningún caso CIN3+ en el grupo vacunal frente a 22 casos en el grupo control (eficacia 100% (IC 95%: 81,8; 100)). En el análisis por acumulación de eventos la eficacia de la vacuna frente a CIN1 asociada a VPH-16 y VPH-18 observada en la cohorte PP fue del 94,1% (IC 96,1%: 83,4; 98,5). La eficacia de la vacuna frente a CIN1+ asociada a VPH-16 y VPH-18 observada en la cohorte PP fue del 91,7% (IC 96,1%: 82,4; 96,7). En el análisis al cierre del estudio, la eficacia de la vacuna, observada en la cohorte PP, frente a CIN1 asociada a VPH-16/18 fue del 92,8% (IC 95%: 87,1; 96,4). En el análisis al cierre del estudio, se observaron 2 casos de VIN2+ o VaIN2+ en el grupo vacunal y 7 casos en el grupo control en la cohorte PP asociados a VPH-16 o VPH-18. El estudio no tuvo la potencia para demostrar una diferencia entre el grupo vacunal y el grupo control para dichas variables. En la Tabla 2 se presenta la eficacia de la vacuna frente a las variables virológicas (infección persistente a 6 meses y 12 meses) asociadas a VPH-16/18 observadas en la cohorte PP, al cierre del estudio.

Tabla 2: Eficacia de la vacuna frente a las variables virológicas asociadas a VPH-16/18 (cohorte PP)

Variable VPH-16/18	Cohorte PP ⁽¹⁾		
	Análisis al cierre del estudio ⁽²⁾		
	Cervarix (N = 7.338)	Control (N = 7.305)	% Eficacia (IC 95%)
Infección persistente a 6 meses	n/N 357/1.182	n/N 588/7.137	94,3% (92,0;96,1)
Infección persistente a 12 meses	26/7.082	354/7.038	92,9% (89,4;95,4)

N = número de sujetos incluidos en cada grupo

n = número de casos

⁽¹⁾ PP: incluye a las mujeres que recibieron 3 dosis de la vacuna, fueron ADN negativas y seronegativas en el mes 0 y ADN negativas en el mes 6 para el tipo de VPH correspondiente (VPH-16 o VPH-18)

⁽²⁾ seguimiento medio de 40 meses post dosis 3

Los resultados de eficacia del análisis por acumulación de eventos fueron del 94,3% (IC 96,1%: 91,5;96,3) frente a la infección persistente a 6 meses y del 91,4% (IC 96,1%: 89,4;95,4) frente a la infección persistente a 12 meses. **Eficacia frente a VPH-16/18 en mujeres con evidencia de infección por VPH-16 o VPH-18 al comienzo del estudio:** No hubo evidencia de protección frente a la enfermedad causada por los tipos de VPH para los cuales los sujetos eran ADN positivos al comienzo del estudio. Sin embargo, los sujetos ya infectados (ADN positivos para VPH) con uno de los tipos de VPH vacunales antes de la vacunación fueron protegidos frente a la enfermedad clínica producida por el otro tipo de VPH vacunal. **Eficacia frente a los tipos 16 y 18 de VPH en mujeres con o sin infección o enfermedad previa:** La cohorte total de vacunación (CTV) incluyó a todos los sujetos que recibieron al menos una dosis de la vacuna, independientemente de su estatus de ADN para VPH, citología y estatus serológico basal. Esta cohorte incluyó mujeres con o sin infección presente en el momento de la vacunación y/o previa por VPH. El recuento de los casos en la CTV comenzó el día 1 tras la primera dosis. Las estimaciones de eficacia son más bajas en la CTV debido a que esta cohorte incluye mujeres con infecciones/lesiones preexistentes en las que no se espera que Cervarix tenga ningún impacto. La CTV puede aproximarse a la población general de mujeres en el rango de edad de 15-25 años. En la Tabla 3 se presenta la eficacia de la vacuna al cierre del estudio frente a lesiones cervicales de alto grado asociadas a VPH-16/18 observadas en la CTV.

Tabla 3: Eficacia de la vacuna frente a lesiones cervicales de alto grado asociadas a VPH-16/18 (CTV)

Variable VPH-16/18	CTV ⁽¹⁾		
	Análisis al cierre del estudio ⁽²⁾		
	Cervarix (N = 8.694)	Control (N = 8.708)	% Eficacia (IC 95%)
CIN2+	n 90	n 228	60,7% (49,6;69,5)
CIN3+	51	94	45,7% (22,9;62,2)

N = número de sujetos incluidos en cada grupo

n = número de casos

⁽¹⁾ CTV: incluye a todos los sujetos vacunados (que recibieron al menos una dosis de vacuna) independientemente de su estatus de ADN para VPH, citología y estatus serológico basal. Esta cohorte incluye mujeres con lesiones/ infecciones preexistentes

⁽²⁾ seguimiento medio de 44 meses post dosis 1

En la Tabla 4 se presenta la eficacia de la vacuna al cierre del estudio frente a las variables virológicas (infección persistente a 6 meses y 12 meses) asociada a VPH-16/18 en la CTV.

Tabla 4: Eficacia de la vacuna frente a las variables virológicas asociadas a VPH-16/18 (CTV)

Variable VPH-16/18	CTV ⁽¹⁾		
	Análisis al cierre del estudio ⁽²⁾		
	Cervarix	Control	% Eficacia (IC 95%)
Infección persistente a 6 meses	n/N 504/8.863	n/N 1.227/8.870	60,9% (56,6;64,8)
Infección persistente a 12 meses	335/8.648	767/8.671	57,5% (51,7;62,8)

N = número de sujetos incluidos en cada grupo

n = número de casos

⁽¹⁾ CTV: incluye a todos los sujetos vacunados (que recibieron al menos una dosis de vacuna) independientemente de su estatus de ADN para VPH, citología y estatus serológico basal. Esta cohorte incluye mujeres con lesiones/ infecciones preexistentes

⁽²⁾ seguimiento medio de 44 meses post dosis 1

Impacto global de la vacuna en la carga de enfermedad cervical por VPH: En el estudio HPV-008 se comparó la incidencia de las lesiones cervicales de alto grado entre el grupo placebo y el grupo vacunal, independientemente del tipo de VPH encontrado en la lesión. En las CTV y CTV-naïve, se demostró la eficacia de la vacuna al cierre del estudio frente a las lesiones cervicales de alto grado (Tabla 5). La CTV-naïve es un subgrupo de la CTV que incluye mujeres que basalmente tenían citología normal y que fueron ADN negativas para 14 tipos oncogénicos de VPH y seronegativas para VPH-16 y VPH-18.

Tabla 5: Eficacia de la vacuna frente a lesiones cervicales de alto grado independientemente del tipo de VPH encontrado en la lesión

Variable	Análisis al cierre del estudio ⁽²⁾				% Eficacia (IC 95%)
	Cervarix		Control		
	N	Casos	N	Casos	
CIN2+					
CTV-naïve ⁽¹⁾	5.466	61	5.452	172	64,9% (52,7;74,2)
CTV ⁽²⁾	8.694	287	8.708	428	33,1% (22,2;42,6)
CIN3+					
CTV-naïve ⁽¹⁾	5.466	3	5.452	44	93,2% (78,9;98,7)
CTV ⁽²⁾	8.694	86	8.708	158	45,6% (28,8;58,7)

N = número de sujetos incluidos en cada grupo

⁽¹⁾ CTV naïve: incluye a todos los sujetos vacunados (que recibieron al menos 1 dosis de la vacuna) que basalmente tuvieron citología normal, fueron ADN negativas para 14 tipos oncogénicos del VPH y seronegativas para VPH-16 y VPH-18

⁽²⁾ CTV: incluye a todos los sujetos vacunados (que recibieron al menos una dosis de la vacuna) independientemente del estatus de ADN de VPH, citología y estatus serológico basal

⁽³⁾ seguimiento medio de 44 meses post dosis 1

En el análisis al cierre del estudio, Cervarix redujo los procedimientos terapéuticos definitivos (incluyendo la conización por asa diatérmica [siglas LEEP en inglés], conización con bisturí frío y procedimientos láser) en un 70,2% (IC 95%: 57,8;79,3) en la CTV-naïve y un 33,2% (IC 95%: 20,8;43,7) en la CTV. **Eficacia protectora cruzada:** En el estudio HPV-008 se evaluó la eficacia protectora cruzada de Cervarix frente a las variables histopatológicas y virológicas (infección persistente) frente a 12 tipos oncogénicos no vacunales de VPH. El ensayo no tuvo la potencia suficiente para evaluar la eficacia frente a la enfermedad causada por tipos individuales de VPH. El análisis de la variable primaria quedó distorsionado por las co-infecciones múltiples encontradas en las lesiones CIN2+. A diferencia de las variables histopatológicas, con las variables virológicas disminuye la posibilidad de confusión debida a las infecciones múltiples que pueden encontrarse en la lesión. Se demostró protección cruzada consistente frente al VPH-31, 33 y 45 para las variables infección persistente a 6 meses y CIN2+ en todas las cohortes del estudio. La eficacia de la vacuna al cierre del estudio frente a la infección persistente a 6 meses y frente a CIN2+ asociadas a tipos oncogénicos individuales no vacunales de VPH se presenta en la Tabla 6 (cohorte PP).

Tabla 6: Eficacia de la vacuna frente a tipos oncogénicos no vacunales de VPH

Tipo VPH	pp ⁽¹⁾					
	Infección persistente a 6 meses			CIN2+		
	Cervarix	Control	% Eficacia (IC 95%)	Cervarix	Control	% Eficacia (IC 95%)
	n	n		n	n	
Tipos relacionados con VPH-16 (especies A9)						
VPH-31	58	247	76,8% (69,0; 82,9)	5	40	87,5% (68,3; 96,1)
VPH-33	65	117	44,8% (24,6; 59,9)	13	41	68,3% (39,7; 84,4)
VPH-35	67	56	-19,8% (<0;17,2)	3	8	62,5% (<0; 93,6)
VPH-52	346	374	8,3% (<0; 21,0)	24	33	27,6% (<0; 59,1)
VPH-58	144	122	-18,3% (<0; 7,7)	15	21	28,5% (<0; 65,7)
Tipos relacionados con VPH-18 (especies A7)						
VPH-39	175	184	4,8% (<0;23,1)	4	16	74,9% (22,3; 93,9)

VPH-45	24	90	73,6% (58,1; 83,9)	2	11	81,9% (17,0; 98,1)
VPH-59	73	68	-7,5% (<0; 23,8)	1	5	80,0% (<0; 99,6)
VPH-68	165	169	2,6% (<0; 21,9)	11	15	26,8% (<0; 69,6)
Otros tipos						
VPH-51	349	416	16,6% (3,6; 27,9)	21	46	54,4% (22,0; 74,2)
VPH-56	226	215	-5,3% (<0; 13,1)	7	13	46,1% (<0; 81,8)
VPH-66	211	215	2,3% (<0; 19,6)	7	16	56,4% (<0; 84,8)

n= número de casos

(1) PP: incluye mujeres que recibieron 3 dosis de la vacuna, fueron ADN negativas en el mes 0 y en el mes 6 para el tipo de VPH considerado.

Se calcularon los límites del intervalo de confianza de la eficacia de la vacuna. Cuando se incluye el valor cero, es decir, cuando el límite inferior del IC es <0, la eficacia no se considera estadísticamente significativa.

Sólo se demostró eficacia frente a CIN3 para VPH-31 y no hubo evidencia de protección frente a AIS para ninguno de los tipos VPH.

Eficacia clínica en mujeres a partir de 26 años de edad: La eficacia de Cervarix fue evaluada en un ensayo clínico de fase III, aleatorizado, doble ciego (estudio HPV-015), que incluyó un total de 5.777 mujeres a partir de 26 años de edad. El estudio se llevó a cabo en América del Norte, América Latina, Asia-Pacífico y Europa, y permitió el reclutamiento de mujeres con historia previa de enfermedad/infección por VPH. Se realizó un análisis intermedio una vez que todos los sujetos completaron la visita correspondiente al mes 48 del estudio. Los análisis primarios de eficacia se efectuaron en la cohorte PP para eficacia y en la CTV. En la siguiente tabla se resume la eficacia de la vacuna frente a la infección persistente a 6 meses asociada a VPH-16/18 (marcador subrogado relevante para cáncer de cérvix): **Tabla 7: Eficacia de la vacuna frente a IP a 6M asociada a VPH-16/18 en las cohortes PP y CTV**

Variable VPH-16/18	Cohorte PP ⁽¹⁾			CTV ⁽²⁾		
	Cervarix	Control	% Eficacia (IC 97,7%)	Cervarix	Control	% Eficacia (IC 97,7%)
	n/N	n/N		n/N	n/N	
IP a 6M	6/1.859	34/1.822	82,9% (53,8; 95,1)	71/2.767	132/2.776	47% (25,4; 62,7)

N= número de sujetos incluidos en cada grupo

n= número de sujetos que notificaron al menos un acontecimiento en cada grupo

IP a 6M = infección persistente a 6 meses

IC = Intervalo de Confianza

(1) PP: incluye a las mujeres que recibieron 3 dosis de la vacuna, fueron ADN negativas y seronegativas en el mes 0 y ADN negativas en el mes 6 para el tipo de VPH correspondiente (VPH-16 y/o VPH-18)

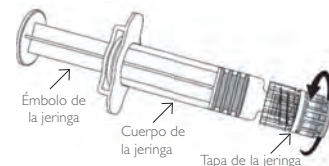
(2) CTV: incluye a todos los sujetos vacunados (que recibieron al menos una dosis de vacuna) independientemente de su estatus de ADN para VPH y estatus serológico en el mes 0. Esta cohorte incluye el 15% de mujeres con historia previa de enfermedad/infección por VPH

La eficacia de la vacuna frente a la infección persistente a 6 meses fue del 79,1% (IC 97,7% [27,6; 95,9]) para el VPH-31 y del 76,9% (IC 97,7% [18,5; 95,6]) para el VPH-45 en la cohorte PP (3 dosis de la vacuna, ADN negativas en los meses 0 y 6 para el tipo de VPH correspondiente). La eficacia de la vacuna frente a la infección persistente a 6 meses fue del 23,2% (IC 97,7% [-23,3; 52,5]) para el VPH-31 y del 67,7% (IC 97,7% [35,9; 84,9]) para el VPH-45 en la CTV. **Inmunogenicidad: Respuesta inmune a Cervarix tras la primovacunación:** Para las vacunas de VPH no se ha identificado un nivel de anticuerpos mínimo asociado a la protección frente a CIN 2 ó 3 o frente a infección persistente asociada a los tipos de VPH de la vacuna. La respuesta de anticuerpos frente al VPH-16 y al VPH-18 fue determinada utilizando un ELISA tipo directo específico (versión 2, metodología MedImmune, modificada por GSK) que mostró una correlación con ensayos de neutralización de pseudovirión (PBNA). La inmunogenicidad inducida por tres dosis de Cervarix ha sido evaluada en 5.465 mujeres de 9 a 55 años de edad y en más de 800 varones de 10 a 18 años de edad. En los ensayos clínicos, más del 99% de los sujetos inicialmente seronegativos habían seroconvertido a ambos tipos de VPH 16 y 18 un mes después de la tercera dosis. La vacuna inducía una Media Geométrica de los Títulos de IgG (GMT) que estaba muy por encima de los títulos observados en mujeres previamente infectadas pero que ya habían aclarado una infección por VPH (infección natural). Los sujetos inicialmente seropositivos y seronegativos alcanzaron títulos similares tras la vacunación. **Persistencia de la respuesta inmune a Cervarix:** En el estudio HPV-001/007, que incluía mujeres de 15 a 25 años de edad en el momento de la vacunación, se evaluó la respuesta inmune frente al VPH-16 y al VPH-18 hasta 76 meses después de la administración de la primera dosis de vacuna. En el estudio HPV-023 (un subgrupo del estudio HPV-001/007), se continuó evaluando la respuesta inmune hasta el mes 113. En el grupo vacunal, se obtuvieron datos de inmunogenicidad en 92 sujetos en el intervalo [M107-M113] después de la primera dosis de vacuna, con una mediana de seguimiento de 8,9 años. De estos sujetos, el 100% (IC 95%: 96,1; 100) siguieron siendo seropositivos para VPH-16 y VPH-18 en el ensayo ELISA. La GMT de IgG inducida por la vacuna tanto para VPH-16 como para VPH-18 alcanzó un máximo en el mes 7 y después disminuyó hasta una meseta desde el mes 18 hasta el intervalo [M107-M113] con una GMT medida por ELISA para VPH-16 y VPH-18 que permanecía al menos 10 veces mayor que la GMT medida por ELISA observada en mujeres que ya habían aclarado una infección natural por VPH. En el estudio HPV-008, la inmunogenicidad hasta el mes 48 fue similar a la observada en el estudio HPV-001. Se observó un perfil cinético similar con los anticuerpos neutralizantes. En otro ensayo clínico (estudio HPV-014) realizado en mujeres de 15 a 55 años de edad, todos los sujetos fueron seropositivos para ambos tipos de VPH 16 y 18 después de la tercera dosis (en el mes 7). No obstante, la GMT fue menor en mujeres mayores de 25 años. Sin embargo, todos los sujetos permanecieron seropositivos para ambos tipos durante toda la fase de seguimiento (hasta el mes 18) manteniéndose los niveles de anticuerpos en un orden de magnitud mayor de los encontrados tras la infección natural. **Evidencia de respuesta anamnéstica (memoria inmune):** En el estudio HPV-024 (un subgrupo del estudio HPV-001/007) se administró una dosis de exposición de Cervarix a 65 sujetos con un intervalo medio de 6,8 años después de la administración de la primera dosis de vacuna. Una semana y un mes después de la dosis de exposición se observó una respuesta inmune anamnéstica a VPH-16 y VPH-18 (mediante ELISA). Un mes después de la dosis de exposición, la GMT superó a la observada un mes después de las 3 dosis de primovacunación. **Extrapolación de la eficacia de Cervarix en mujeres adultas jóvenes a adolescentes:** En un análisis combinado (estudios HPV-029, HPV-030 y HPV-048), el 99,7% y el 100% de las mujeres de 9 años de edad seroconvirtieron para los tipos de VPH 16 y 18, respectivamente, después de la tercera dosis (en el mes 7), con una GMT al menos 1,4 y 2,4 veces más elevada en comparación con mujeres de 10 a 14 años y de 15 a 25 años, respectivamente. En dos ensayos clínicos (estudios HPV-012 y HPV-013) realizados en niñas de 10 a 14 años de edad, todos los sujetos seroconvirtieron para ambos tipos de VPH 16 y 18, después de la tercera dosis (en el mes 7), con una GMT al menos 2 veces más elevada en comparación con mujeres de 15 a 25 años. En los ensayos clínicos (estudios HPV-070 y HPV-048) realizados en niñas de 9 a 14 años que reciben una pauta de 2 dosis (0, 6 meses o 0, 12 meses) y en mujeres adultas

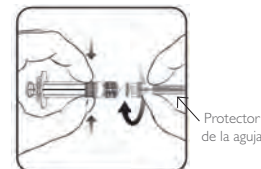
jóvenes de 15 a 25 años que reciben Cervarix según la pauta estándar de 0, 1, 6 meses, todos los sujetos seroconvirtieron para ambos tipos de VPH 16 y 18 un mes después de la segunda dosis. La respuesta inmune tras la administración de 2 dosis en niñas de 9 a 14 años fue no inferior a la respuesta tras la administración de 3 dosis en mujeres de 15 a 25 años. En base a estos datos de inmunogenicidad, se infiere la eficacia de Cervarix en niñas de 9 a 14 años de edad. **Inmunogenicidad en mujeres a partir de 26 años de edad:** En el ensayo clínico de fase III (estudio HPV-015) realizado en mujeres a partir de 26 años de edad, en el mes 48, es decir, 42 meses después de completar el esquema vacunal, el 100% y el 99,4% de las mujeres inicialmente seronegativas continuaron siendo seropositivas para los anticuerpos anti-VPH-16 y anti-VPH-18 respectivamente. Todas las mujeres inicialmente seropositivas continuaron siendo seropositivas para los anticuerpos anti-VPH-16 y anti-VPH-18. Los títulos de anticuerpos alcanzaron su valor máximo en el mes 7 y a partir de ese momento, disminuyeron gradualmente hasta el mes 18, siendo el momento en el que se estabilizan y alcanzan una meseta que se prolonga hasta el mes 48. **Inmunogenicidad en varones de 10 a 18 años de edad:** La inmunogenicidad en varones fue evaluada en 2 ensayos clínicos: HPV-011 (N=173) y HPV-040 (N=556). Los datos demostraron una inmunogenicidad comparable entre varones y mujeres. En el estudio HPV-011, todos los sujetos seroconvirtieron para ambos tipos de VPH 16 y 18 y los niveles de GMT fueron no inferiores a los observados en mujeres de 15 a 25 años de edad en el estudio HPV-012. **Extrapolación de la eficacia clínica frente a las lesiones y cánceres anales:** No se ha realizado ningún estudio para evaluar la eficacia de Cervarix frente a las lesiones anales premalignas. Sin embargo, los estudios realizados en niñas de 9 a 14 años (estudio HPV-071) y en mujeres de 18 a 45 años (estudio HPV-010) han demostrado, de forma consistente, que la respuesta inmune obtenida con Cervarix es superior a la obtenida con el comparador; para el que los datos de eficacia frente a las lesiones anales premalignas han demostrado protección de forma concluyente. **Inmunogenicidad en mujeres infectadas por el VIH:** En el estudio HPV-020, realizado en Sudáfrica, se administró Cervarix a 22 sujetos no infectados por el VIH y a 42 sujetos infectados por el VIH (estudio clínico 1 de la OMS; cohorte PP para inmunogenicidad). Todos los sujetos fueron seropositivos para VPH-16 y VPH-18 mediante ELISA un mes después de la tercera dosis (al mes 7) y la seropositividad para VPH-16 y VPH-18 se mantuvo hasta el mes 12. Las GMTs fueron menores en el grupo infectado por el VIH (sin solapamiento del intervalo de confianza al 95%). Se desconoce la relevancia clínica de esta observación. No se realizó la determinación de anticuerpos funcionales. No se dispone de información acerca de la protección frente a la infección persistente ni frente a las lesiones precancerosas en mujeres infectadas por el VIH. **5.2 Propiedades farmacocinéticas:** No aplica. **5.3 Datos preclínicos sobre seguridad:** Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad aguda y a dosis repetidas, tolerancia local, fertilidad, toxicidad embrio-fetal y postnatal (hasta el final del periodo de lactancia). Los resultados serológicos sugieren una transferencia de anticuerpos anti-VPH-16 y anti-VPH-18 a través de la leche durante el periodo de lactancia en ratas. Sin embargo, se desconoce si los anticuerpos inducidos por la vacunación se excretan en la leche humana. **6. DATOS FARMACÉUTICOS: 6.1 Lista de excipientes:** Cloruro de sodio (NaCl). Dihidrógeno fosfato de sodio dihidrato (NaH₂PO₄·2 H₂O). Agua para preparaciones inyectables. Para adyuvantes, ver sección 2. **6.2 Incompatibilidades:** En ausencia de estudios de compatibilidad, este medicamento no debe mezclarse con otros. **6.3 Período de validez:** 4 años. Una vez fuera de la nevera, Cervarix debe administrarse lo antes posible. Sin embargo, se ha demostrado su estabilidad cuando se almacena fuera de la nevera hasta 3 días a una temperatura de entre 8°C y 25°C hasta 1 día a una temperatura de entre 25°C y 37°C. Si no se ha utilizado transcurrido este periodo, desechar la vacuna. **6.4 Precauciones especiales de conservación:** Conservar en nevera (entre 2°C y 8°C). No congelar. Conservar en el embalaje original para protegerla de la luz. **6.5 Naturaleza y contenido del envase:** 0,5 ml de suspensión en una jeringa precargada (vidrio de tipo I) con un tapón (goma de butilo) con o sin agujas. Tamaños de envase de 1 y 10 jeringas precargadas con o sin agujas. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Tras el almacenamiento de la jeringa, puede observarse un depósito blanco y un sobrenadante transparente. Esto no es signo de deterioro. Se debe examinar visualmente el contenido de la jeringa antes y después de agitar para observar si existe alguna partícula extraña y/o variación del aspecto físico antes de la administración. En caso de apreciarse alguna de estas circunstancias, desechar la vacuna. La vacuna debe agitarse bien antes de su uso.

Instrucciones para la administración de la vacuna en jeringa precargada

1. Desenrosque la tapa de la jeringa girándola en sentido contrario a las agujas del reloj sujetando el **cuero** de la jeringa con una mano (evite sostener el émbolo de la jeringa).



2. Inserte la aguja en la jeringa y, a continuación, gírela en el sentido de las agujas del reloj hasta que se bloquee. 3. Quite el protector de la aguja; en algunas ocasiones puede resultar un poco difícil. 4. Administrar la vacuna. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local.



7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN: GlaxoSmithKline Biologicals s.a. Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Bélgica. **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** EU/1/07/419/004, EU/1/07/419/005, EU/1/07/419/006, EU/1/07/419/007, EU/1/07/419/008, EU/1/07/419/009. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Fecha de la primera autorización: 20 Septiembre 2007. Fecha de la última renovación: 17 Septiembre 2012. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** 29/07/2016. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu>. **11. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Cervarix i jeringa precargada: Con receta ordinaria. Financiada con fondos públicos en el ámbito del SNS en las siguientes condiciones: su prescripción y uso se restringirá a lo dispuesto en los calendarios oficiales de vacunación infantil aprobados por el Consejo Interterritorial del SNS y su dispensación se realizará exclusivamente por los Servicios Farmacéuticos autorizados por el SNS, para su administración en los centros sanitarios autorizados del SNS. P.V.P. 117,13 € P.V.R.IVA 121,81 €.

**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

Secretaría

M.J. Ceñal González-Fierro

Tesorero

L. Rodríguez Molinero

Vocales

L.S. Eddy

F. Notario Herrero

G. Perkal Rug

M. Salmerón Ruíz

Directora de la Web

F. Guerrero Alzola

Coordinadora editorial

M.I. Hidalgo Vicario

Diseño y maquetación

4monos.es

Editado por

SEMA

Sociedad Española de Medicina

de la Adolescencia

www.adolescenciasema.org

Sumario

06 Presentación

06 V Curso Internacional de la SEMA. Salud Integral en la Adolescencia
M.I. Hidalgo Vicario

08 Mesa Internacional. Importancia de la Medicina de la adolescencia

08 Situación actual de la atención al adolescente en el mundo

M.C. Calle

14 La transición del cuidado del adolescente al médico de familia

G. Raiola, M.C. Galati, M. Scavone, V. Talarico, P. Chiarello

22 El suicidio en la adolescencia y en la juventud

G. Girard

33 Mesa de debate. Como organizar la consulta del adolescente

33 Organización en la Atención Primaria

L. Rodríguez Molinero

42 Organización en la Atención Hospitalaria

G. Girard

52 Conclusiones

G. Castellano Barca

55 Talleres simultáneos

55 La entrevista del adolescente

J. Casas Rivero, J.L. Iglesias Diz

55 Tecnologías de la información y la comunicación. Problemas y soluciones (TICs)

M.A. Salmerón Ruiz, J. Casas Rivero, F. Guerrero Alzola

61 Urgencias psiquiátricas en la adolescencia

P. Sánchez Masqueraque

69 Trabajar con adolescentes: ¿cómo y dónde?

L. Rodríguez Molinero, G. Castellano Barca

80 Alcohol y otras drogas ¿Cuándo sospechar y cómo actuar en la consulta?

F. Caudevilla Gállego

93 Casos clínicos

93 Infección meningocócica

J. García-Sicilia López

99 Síndrome Poliuria-Polidipsia e Hipocrecimiento

M.T. Muñoz Calvo

104 Adolescente con pérdida brusca de la agudeza visual

G. Perkal Rug

110 Conferencia de clausura

110 El adolescente en el siglo XXI. Familia, escuela y sociedad

R. Curí Hallal

117 Comunicaciones orales y pósters

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

OMEGA Kids®

¿IMPULSIVIDAD?

¿FALTA DE ATENCIÓN?

¿PROBLEMAS DE CONCENTRACIÓN?

REFUERZA SU CEREBRO

OMEGAKids® es un complemento alimenticio, fuente natural de ácidos grasos Omega-3 (EPA y DHA) de origen marino y ácidos grasos Omega-6 (GLA) de origen vegetal, con un alto contenido de vitaminas D y E.

Con una ingesta diaria de 250 mg, el DHA contribuye a mantener el buen funcionamiento del cerebro.

ÁCIDOS GRASOS DE ORIGEN 100% NATURAL
ELEVADO GRADO DE PUREZA Y CONCENTRACIÓN



AROMA LIMÓN



www.ordesa.es

V Curso Internacional de la SEMA. Salud Integral en la Adolescencia

M^a Inés Hidalgo Vicario

Presidenta de la SEMA



Los pasados días 3 y 4 de marzo, se celebró en Madrid la 5^a edición del Curso INTERNACIONAL de la SEMA. Salud integral en la Adolescencia.

La SEMA (Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia) es una sociedad científica y profesional fundada en 1987 y además de otras actividades, organiza periódicamente su Congreso/Curso anual. Desde 2009 los años impares, como el actual, realiza un curso de formación y los años pares su Congreso, en diferentes lugares de la geografía española. Este año 2017 se cumplen 30 años de la fundación de la Sociedad y para conmemorarlo se ha organizado, con gran ilusión, este curso internacional con la presencia de varios compañeros de reconocido prestigio, tanto de España como de Italia y diferentes países de Latinoamérica: Argentina, Brasil, Cuba y Perú. También la Sociedad ha realizado un esfuerzo, enviando al domicilio de todos los socios, de forma gratuita, el libro “Medicina de la Adolescencia. Atención Integral” 2^a edición, y se está planificando realizar alguna actividad más durante el presente año.



La SEMA tiene como meta, conseguir la atención de la salud integral de los adolescentes, abordando los aspectos físicos, psicológicos, emocionales y sociales en los diferentes niveles de atención. Este periodo de la vida, hasta la actualidad, no recibe suficiente atención por parte de los profesionales sanitarios, ni es reconocida su trascendencia para el futuro de la sociedad.

Aunque en los últimos años las enfermedades infecciosas y nutricionales han ido disminuyendo, los adolescentes españoles continúan estando expuestos a diferentes trastornos orgánicos y a muchos riesgos, como son: los accidentes que constituyen su principal causa de muerte, la violencia, el uso de tabaco, alcohol y otras drogas; la conducta sexual arriesgada; los problemas de relación con padres, amigos, escuela, las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TICs) y los trastornos psiquiátricos entre otros. Es preciso tener en cuenta que todos ellos están relacionados con su estilo de vida, que con una alta probabilidad van a continuar en la edad adulta y que además son prevenibles.

Los objetivos del Curso 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 las necesidades y problemas, así como sensibilizar y despertar el interés por esta edad tanto de los profesionales sanitarios, la administración y la sociedad en general.

Al Curso asistieron más de 270 profesionales sanitarios, incluyendo una alta participación de médicos residentes, y se presentaron 32 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 Curso por los asistentes ha sido muy positiva de 4,6 sobre un máximo de 5 y se ha obtenido una Acreditación de la Comisión Nacional de Formación Continuada, del Sistema Nacional de Salud de 2,1 créditos.

El programa del Curso ha sido eminentemente práctico. Un mes antes se envió a los alumnos documentación con conceptos básicos, para preparar los temas a tratar. Al inicio del Curso se realizó un pretest (para evaluar conocimientos previos), que los alumnos guardaron y lo compararon al final del curso (post-test); de esta forma pudieron evaluar los conocimientos adquiridos. Se concluyó el curso con un test-examen final necesario para la acreditación. Los resultados del pre/postest así como el examen final, están colgados en la página Web de la SEMA donde los alumnos lo pueden consultar. www.adolescenciasema.org

Todas las ponencias presentadas se publican en este número de *Adolescere*. El Curso se estructuró de la siguiente manera:

- Una Mesa Internacional sobre la importancia de la Medicina de la Adolescencia moderada por la Dra. Hidalgo, donde se abordó: la situación actual de la adolescencia en el mundo (Dra. MC Calle de Perú). La transición del cuidado del adolescente al médico de familia (Dr. G Raiola de Italia) y el suicidio en la adolescencia y en la juventud (Dr. Girard de Argentina)
- Una 2ª Mesa sobre Cómo organizar la Consulta del adolescente, moderada por el Dr. G. Castellano, donde se presentó: la Organización en la Atención Primaria (Dr. L Rodríguez-Molinero) así como en la Atención Hospitalaria (Dr. Girard), concluyendo al final la necesidad de una coordinación entre ambas.
- Se presentaron varios Casos clínicos sobre: Infección Meningocócica (Dr. Garcia-Sicilia); El Síndrome de poliuria-polidipsia e hipocrecimiento (Dra. Muñoz) y el adolescente con pérdida brusca de la agudeza visual (Dra. G. Perkal).
- Cinco talleres. Todos los asistentes pudieron asistir a dos de ellos: Entrevista al adolescente. Roll-Playing (Dres. Casas e Iglesias). TICs (Dra. Salmerón). Problemas psiquiátricos urgentes (Dra. Sánchez). Trabajar con los adolescentes (Dres. Castellano y Rodríguez-Molinero), Alcohol y otras drogas (Dr. Caudevilla).
- En ambas jornadas se finalizó con dos importantes conferencias: Tratamiento actual del TDAH a cargo del Dr. Soutullo y El adolescente en el siglo XXI. Familia, escuela y sociedad realizada por el Dr. R. Hallal Curí de Brasil.

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 SEMA va a seguir trabajando para promover y difundir los conocimientos y habilidades entre los profesionales, para atender la salud integral de esta particular edad, creando espacios donde intercambiar información y conocimientos entre profesionales de diferentes disciplinas. Es preciso sensibilizar a todos los implicados, autoridades y a la sociedad en general, con el objetivo de aumentar la competencia de los profesionales, lo que sin duda conducirá a una mejor atención a los adolescentes.



Situación actual de la atención al adolescente en el mundo

M.C. Calle. Pediatra. Especialista en Salud y Desarrollo del Adolescente. Ministerio de Salud del Perú.

Resumen

Los adolescentes constituyen una sexta parte de la población mundial y son extremadamente diversos, pero comparten experiencias clave de desarrollo. La salud de los adolescentes puede verse afectada en su desarrollo físico, neurológico y psicosocial, siendo necesario que cuenten con servicios de salud de calidad y no sufrir estigma o dificultades financieras en el proceso. Un servicio de calidad debe ser equitativo, accesible, aceptable, apropiado y efectivo. Además debe contar con prestadores de asistencia sanitaria en el ámbito de la atención primaria que tengan destrezas en comunicación interpersonal, conozcan y apliquen leyes y políticas en favor de la salud de los adolescentes con la experticia de adaptar los enfoques terapéuticos para afecciones específicas al desarrollo del adolescente.

Palabras clave: *Adolescentes, salud del adolescente, servicios de salud de calidad*

Abstract

Adolescents make up one-sixth of the world's population and are extremely diverse, but they share key development experiences. The health of adolescents may be affected in the physical, neurological and psychosocial aspects, hence it is necessary that they have quality health services and not suffer stigma or financial difficulties in the process. A quality service must be equitable, accessible, acceptable, appropriate and effective. It should also include health care providers in the primary care setting who have interpersonal communication skills, know and apply laws and policies in favor of adolescent health with the expertise of adapting therapeutic approaches for specific conditions to the development of the adolescent.

Keywords: *Adolescents, adolescent health, quality health services*

Introducción

Los adolescentes entre 10 y 19 años constituyen una sexta parte de la población mundial y son extremadamente diversos, pero comparten experiencias clave de desarrollo, como: el crecimiento físico rápido, los cambios hormonales, el desarrollo sexual, las emociones nuevas y complejas y un aumento en capacidades intelectuales.

La salud de los adolescentes se ve afectada por el desarrollo físico, neurológico y psicosocial positivo, así como por un conjunto diverso de cargas posibles que incluyen: Lesiones no intencionales, violencia interpersonal, salud sexual y reproductiva (SSR), enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, problemas de salud mental.

Cobertura universal en salud

Todos los adolescentes deben recibir los servicios de salud de calidad que necesitan y, no deben sufrir estigma o dificultades financieras en el proceso (OMS 2013). Para lograr este objetivo, varios factores deben estar en su lugar, incluyendo:

- Asequibilidad
- Acceso a medicamentos y tecnologías esenciales
- Apoyo social y comunitario para la salud de los adolescentes
- Suficiente capacidad de trabajadores de salud bien capacitados y motivados
- Un sistema de salud fuerte, eficiente, cohesivo y accesible que satisfaga las necesidades prioritarias de salud de los adolescentes a través de la prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación.

Todos los adolescentes deben recibir los servicios de salud de calidad que necesitan y, no deben sufrir estigma o dificultades financieras en el proceso (OMS 2013)

Calidad de atención

Para considerar un servicio de calidad, debe ser:

- **Equitativo:** Todos los adolescentes, y no sólo ciertos grupos, pueden obtener los servicios de salud que necesitan.
- **Accesible:** Los adolescentes son capaces de obtener los servicios que se proporcionan.
- **Aceptable:** Los servicios de salud se proporcionan de manera que cumplan con las expectativas de los clientes adolescentes.
- **Apropiado:** Los servicios de salud adecuados que necesitan los adolescentes se brindan de manera que se tengan en cuenta cuestiones como la privacidad, la confidencialidad, la no estigmatización y la sensibilidad al género.
- **Efectivo:** Los servicios de salud adecuados se proporcionan de la manera correcta y contribuyen positivamente a la salud de los adolescentes. (OMS, 2006, OMS, 2012).

**Un servicio de calidad debe ser:
Equitativo,
Accesible,
Aceptable,
Apropiado y
Efectivo**

Preocupaciones en la salud del adolescente

Las principales preocupaciones de salud de los adolescentes en situaciones humanitarias y frágiles son: Desnutrición; discapacidad; Lesiones no intencionales; violencia; necesidades de SSR (incluyendo embarazo temprano, VIH / SIDA y otras ITS, y aborto inseguro); agua, saneamiento y necesidades de salud (incluida la gestión de la higiene menstrual) y la salud mental.

Factores que impulsan la salud de adolescentes

Los principales factores que impulsan la salud de los adolescentes están en gran parte fuera del sistema de salud, por lo que muchas intervenciones involucran a otros sectores.

El sector de la educación es particularmente importante debido a la oportunidad que brinda para influir positivamente en la salud de los adolescentes a través de iniciativas intensivas, a largo plazo y en gran escala implementadas por profesionales.

Los principales factores que impulsan la salud de los adolescentes están en gran parte fuera del sistema de salud

Intervenciones eficaces

Algunas intervenciones de salud **específicas para adolescentes son universales para todos los adolescentes**. Estos suelen funcionar a nivel organizacional, comunitario, interpersonal e individual. Algunos ejemplos son:

- La educación en la pubertad basada en la escuela para promover el desarrollo positivo.
- Servicios de salud amigables con los adolescentes para prevenir embarazos tempranos y no deseados.
- Programas de crianza de los hijos para apoyar a los adolescentes con trastornos emocionales, conductuales o de desarrollo.
- Iniciativas comunitarias para reducir la disponibilidad de alcohol y crear entornos sin alcohol.

Otras intervenciones eficaces para la salud de los adolescentes **se centran en las subpoblaciones adolescentes en riesgo**. Algunos ejemplos son la prueba del VIH, el asesoramiento y la vinculación con los servicios para las poblaciones clave de adolescentes; Suplementos de hierro para adolescentes en periodo de menstruación donde la anemia ferropénica es muy prevalente; Iniciativas comunitarias para poner fin a la mutilación genital femenina; Y la gestión clínica y el apoyo psicosocial a los sobrevivientes de la violencia sexual en ambientes vulnerables.

Algunas intervenciones de salud específicas para adolescentes son universales para todos los adolescentes

Competencias básicas en salud y desarrollo de los adolescentes para los prestadores de asistencia sanitaria en el ámbito de la atención primaria

Las competencias en atención sanitaria de los adolescentes se pueden categorizar en tres ámbitos (Tabla 1):

Ámbito 1 "Conceptos básico en materia de salud y desarrollo de los adolescentes y comunicación eficaz": los proveedores de atención sanitaria a los adolescentes necesitan destrezas especiales en materia de consulta, comunicación interpersonal y atención interdisciplinaria adecuadas a la etapa de desarrollo y el entorno del individuo.

Ámbito 2 "Leyes, políticas y normas de calidad": en la práctica clínica se deben aplicar leyes y políticas que promuevan, protejan y hagan efectivo el derecho de los adolescentes a la salud. Es primordial prestar los servicios con arreglo a normas profesionales y de calidad, y conforme a los principios de equidad, no discriminación, participación e inclusión, y responsabilidad, en que se basan los derechos humanos. Este conjunto de conocimientos, destrezas y actitudes son esenciales para garantizar la prestación de una atención de calidad ajustada a la ley.

Ámbito 3 "Atención clínica de los adolescentes con afecciones específicas": el cuidado de los adolescentes con afecciones específicas requiere adaptar los enfoques terapéuticos. Es preciso que en el tratamiento se tenga en cuenta el desarrollo del adolescente.

La Tabla I, muestra un resumen de las competencias por ámbito referentes a la salud y el desarrollo de los adolescentes.

Actitudes que son un componente fundamental de todas las competencias en materia de atención sanitaria de los adolescentes

- Considerar la atención sanitaria de los adolescentes como un proceso, no como un evento aislado y tener en cuenta que los adolescentes necesitan tiempo para tomar decisiones y que podría requerirse un apoyo y un asesoramiento continuos.
- Tratar a todos los adolescentes como personas, con necesidades y preocupaciones propias, con niveles de madurez, conocimientos sobre la salud y comprensión de sus derechos, así como diferentes circunstancias sociales (escolarización, trabajo, matrimonio, migración).
- Mostrar respeto por los conocimientos y estilos de aprendizaje de cada adolescente.
- Dar muestra de empatía, confianza, comunicación no autoritaria y escucha activa.
- Ofrecer servicios de carácter confidencial y respetando la esfera privada.
- Demostrar conocimiento de las actitudes, valores y prejuicios propios que pueden obstaculizar la posibilidad a los adolescentes de una atención confidencial, no discriminatoria, exenta de juicios de valor y respetuosa.

La atención sanitaria a los adolescentes se centra en 3 ámbitos: Salud, desarrollo y comunicación eficaz; Leyes, políticas y normas de calidad; atención a adolescentes con afecciones específicas

Considerar la atención sanitaria de los adolescentes como un proceso, no como un evento aislado y tener en cuenta que los adolescentes necesitan tiempo para tomar decisiones y que podría requerirse un apoyo y un asesoramiento continuos

Tablas

Tabla 1: Competencias básicas en salud y desarrollo de los adolescentes para los prestadores de asistencia sanitaria en entornos de atención primaria

Ámbitos	Competencias
Ámbito 1: Conceptos básicos en materia de salud y desarrollo de los adolescentes y comunicación eficaz.	<p>Competencia 1.1 Demostrar conocimiento del desarrollo normal del adolescente, su repercusión en la salud y sus implicancias para la atención sanitaria y la promoción de la salud.</p> <p>Competencia 1.2 Interactuar eficazmente con el usuario adolescente.</p>
Ámbito 2: Leyes, políticas y normas de calidad.	<p>Competencia 2.1 Aplicar en la práctica clínica las leyes y políticas que afectan a la prestación de atención sanitaria al adolescente.</p> <p>Competencia 2.2 Prestar servicios a los adolescentes de conformidad con las normas de calidad.</p>
Ámbito 3: Atención clínica de los adolescentes con afecciones específicas.	<p>Competencia 3.1 Evaluar el crecimiento normal y el desarrollo puberal y tratar los trastornos del crecimiento y la pubertad.</p> <p>Competencia 3.2 Proporcionar inmunización.</p> <p>Competencia 3.3 Tratar las afecciones comunes en la adolescencia.</p> <p>Competencia 3.4 Evaluar la salud mental y tratar los problemas de salud mental.</p> <p>Competencia 3.5 Prestar atención en materia de salud sexual y reproductiva.</p> <p>Competencia 3.6 Prestar servicios de prevención, detección, tratamiento y atención del VIH.</p> <p>Competencia 3.7 Fomentar la actividad física.</p> <p>Competencia 3.8 Evaluar el estado nutricional y tratar los trastornos relacionados a la nutrición.</p> <p>Competencia 3.9 Tratar las afecciones crónicas, incluida la discapacidad.</p> <p>Competencia 3.10 Evaluar y tratar el consumo de sustancias y los trastornos provocados por ese consumo.</p> <p>Competencia 3.11 Detectar la violencia y prestar apoyo de primera línea a la víctima.</p> <p>Competencia 3.12 Prevenir y tratar las lesiones involuntarias.</p> <p>Competencia 3.13 Detectar y tratar las enfermedades endémicas.</p>

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria. Geneva, Switzerland 2015.

Preguntas tipo test

- 1. La primera causa de mortalidad en la adolescencia en el mundo es:**
 - a) Accidentes de tránsito.
 - b) VIH/SIDA.
 - c) Homicidio.
 - d) Suicidio.
 - e) Ninguna de las anteriores.

- 2. La primera causa de mortalidad en mujeres adolescentes en el mundo es:**
 - a) Suicidio.
 - b) Homicidio.
 - c) VIH/Sida.
 - d) Accidentes de tránsito.
 - e) Ninguna de las anteriores.

- 3. La primera causa de mortalidad en hombres adolescentes en el mundo es:**
 - a) Accidentes de tránsito.
 - b) VIH/Sida.
 - c) Homicidio.
 - d) Suicidio.
 - e) Ninguna de las anteriores.

Respuestas en la página 116

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Implementation Guidance*. Geneva, Switzerland 2016.
2. Organización Mundial de la Salud. *Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria*. Geneva, Switzerland 2015.

La transición del cuidado del adolescente al médico de familia

G. Raiola, M.C. Galati*, M. Scavone^, V. Talarico, P. Chiarello. S.O.C. di Pediatria; *U.O.C. di Ematologia Pediatrica* A.O. "Pugliese-Ciaccio", Cattedra di Pediatria Università Magna Graecia, Catanzaro (Italia).

Resumen

Se define en qué consiste la transición desde el pediatra al médico de familia, siendo este un proceso dinámico multidisciplinar y multidimensional que tiene como objetivo no sólo hacer frente a las necesidades clínicas del paciente sino también las necesidades psicosociales, educativas y profesionales. Es un proceso delicado y centrado en el paciente, que debe garantizar la continuidad, la coordinación, la flexibilidad y la sensibilidad de acuerdo con directrices establecidas con una gran atención a las necesidades individuales. Se exponen las pautas a seguir, se muestra la experiencia en Calabria (Italia) y cómo conseguir la calidad en la atención al adolescente.

Palabras clave: *transición, adolescencia, gestión de calidad, continuidad asistencial*

Abstract

This article defines what the transition process from the pediatrician to the general practitioner involves. This is a dynamic, multidisciplinary and multidimensional process that not only aims to address the clinical needs of the patient but also the psychosocial, educational and professional needs. It is a delicate and patient-centered process, which must ensure continuity, coordination, flexibility and sensitivity in accordance with established guidelines with a great attention to individual needs. This article outlines the guidelines to follow, it also shows the experience in Calabria (Italy) and discusses how to achieve quality in the attention of adolescents.

Keywords: *transition, adolescence, quality management, continuity of care*

Introducción

La adolescencia se puede definir como “el período de la vida de un individuo cuyo inicio coincide con la aparición de los primeros signos morfo funcional y / o psicosocial maduración puberal y cuyo plazo coincide con la mayoría de edad.”

Hoy, sin embargo, se cree que la edad en que la adolescencia termina queda poco definida en términos cronológicos, superando el concepto de “edad de desarrollo” (0-18 años), como resultado de condiciones médicas y / o retraso psicosocial “adquisición de la independencia típica del sujeto adulto”. Ha habido una modificación de los límites cronológicos de esta edad, tanto es así que algunas sociedades tienden a prolongar la adolescencia hasta la tercera década de la vida (Tabla 1).“

La adolescencia es, pues, la época de transición de la niñez a la edad adulta, que forma parte de un proceso continuo que no proporciona divisiones cronológicas bien definidas. En esta etapa de la vida tiene lugar un proceso de maduración, en relación con cambios profundos en el equilibrio hormonal, y al mismo tiempo hay una evolución del pensamiento cognitivo y moral; En conjunto, estos procesos están orientados a la consecución de la fertilidad y la plena inclusión en la sociedad de los adultos.

La Sociedad Americana de Medicina del Adolescente describe la transición como “un paso, planificado y finalizado, adolescentes y adultos jóvenes con problemas físicos y médicos de carácter crónico pasando de un sistema de atención centrada en el niño a uno centrado en los adultos”⁽¹⁾. Esto sucede cronológicamente entre los 18 y 25 años de vida. En la actualidad, se presta especial atención a esta delicada etapa de la vida del individuo por una serie de razones que se pueden resumir de la siguiente manera:

- La evolución del conocimiento y el tratamiento médico ha mejorado considerablemente el pronóstico y la supervivencia de muchas enfermedades y / o discapacidades crónicas que, hasta hace pocos años, se consideraban una muerte temprana. Hoy en día más del 90% de los niños que nacen con estas condiciones o se desarrollan en el transcurso de la niñez, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente, en más de 20 años de edad ⁽²⁾. La proporción de niños que sobrevive con enfermedades crónicas está aumentando continuamente. Una reciente investigación cuantifica en 41% la proporción de personas de edad inferior <15 años que tienen por lo menos una enfermedad crónica. Según otras fuentes, la población pediátrica que padece enfermedades crónicas es igual al 15-18% del total.
- La clínica de transición es un proceso multidisciplinario y multidimensional, que tiene como objetivo no sólo hacer frente a las necesidades clínicas de la persona en la transición de la pediatría a especialista en medicina de adultos, sino también las necesidades psicosociales, educativos y profesionales. Es un delicado proceso dinámico, centrado en el paciente, quien debe garantizar la continuidad, la coordinación, la flexibilidad y la sensibilidad de acuerdo con directrices establecidas con una gran atención a las necesidades individuales⁽³⁾.

Cuando nos encontramos ante adolescentes afectados por enfermedades raras es necesario, por lo tanto, tener presente diferentes elementos: la compleja naturaleza del adolescente, vista como transición obligatoria durante el curso de la vida de los individuos, la dimensión subjetiva de los cambios del adolescente; la necesidad de evitar que al adolescente se le trate como a un niño grande o como a un adulto pequeño, obligándole a roles que no le pertenecen, la oportunidad de dotarse de un sistema de protección asistencial en grado de prever la integración de aspectos médicos, éticos y psico-educativos.

Se define la Transición como “un paso, planificado y finalizado, adolescentes y adultos jóvenes con problemas físicos y médicos de carácter crónico pasando de un sistema de atención centrada en el niño a uno centrado en los adultos” Esto sucede cronológicamente entre los 18 y 25 años de vida

Hoy en día, más del 90% de los niños que nacen con condiciones crónicas o se desarrollan en el transcurso de la niñez, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente, en más de 20 años de edad

Es un proceso multidisciplinario y multidimensional, que tiene como objetivo no sólo hacer frente a las necesidades clínicas sino también a las necesidades psicosociales, educativos y profesionales

Aún hoy, no se ha llegado a un grado óptimo de organización del proceso de la transición

- La estructura de la transición de fase no parece ser lo suficientemente adecuada; Esto está demostrado por la insatisfacción expresada por los profesionales implicados en muchas investigaciones en varios países. Esto puede significar que, aún hoy, no se haya llegado a un grado óptimo de organización de este proceso⁽⁴⁾.
- Es de vital importancia para los pacientes jóvenes que se identifiquen los programas educativos que deben iniciarse en una etapa temprana de la adolescencia con el objetivo de comprender la naturaleza de la enfermedad, la razón de ser del tratamiento, la causa de los síntomas, el reconocimiento de los mismos que indiquen un empeoramiento de la enfermedad y cómo hacer frente a estas eventualidades.
- Deben instituirse Programas de Transición asistencial entre los servicios Pediátricos y aquellos para adultos. Dicha fase (entre el pediatra y el médico de cabecera) se gestionará a través de protocolos, reconocidos en el campo de convenios a nivel nacional, por lo que el nuevo proveedor de atención, así como el cuidado del paciente, incluyendo la adquisición de información fiable, no sólo sobre su estado de salud, sino también en los aspectos de la vida social y relacional más relevante. El segundo nivel de atención debe prever la transición de los adolescentes con enfermedades crónicas complejas y que necesitan ser atendidos por los centros especializados de los adultos, de acuerdo con cursos acreditados sobre la base de las experiencias nacionales e internacionales⁽⁵⁾.

La importancia del paso de las estructuras sanitarias a aquellas para adultos es reconocida formalmente, por lo menos, desde hace un decenio con declaraciones que remontan a los primeros años '90. Desde entonces el campo de intereses para dicha problemática se ha extendido desde sociedades para adolescentes, como la Sociedad de Medicina para Adolescentes, hasta sociedades pediátricas, con las más recientes publicaciones por parte de sociedades de medicina para adultos y disciplinas relativas a patologías específicas.

Desde el punto de vista organizativo, la mejora de la comunicación se puede lograr a través de la capacidad de crear un archivo de la tecnología fácil de usar, que contiene todos los informes clínicos relacionados con el paciente, con el fin de garantizar el acceso a la historia médica completa cuando sea posible y actualizada para todos los profesionales implicados en la atención.

En nuestra región (Calabria), hemos adoptado una solución Informática que mejora la calidad de la transición a través de una información completa y precisa sobre el paciente, la optimización de los recursos, lo que es eficiente y beneficioso para el usuario. Esto, también, es capaz de garantizar el control y seguimiento de las posibles terapias.

Es posible a través de un hardware del dispositivo compuesto por una unidad de almacenamiento similar a una tarjeta de crédito, pero que contiene una capacidad de 32 GB USB (Fig. 1)

El software de la tarjeta es independiente del tipo de sistema operativo instalado en su PC y funciona simplemente conectando el dispositivo a la puerta USB. No necesita ningún soporte de hardware (lectores, controladores, etc...) o de fuentes de energía.

El interior de este dispositivo contiene el historial médico del paciente con índice para que el usuario, el médico o el paciente pueda realizar una búsqueda y ordenar las historias clínicas y las recetas que se prescriben por fecha, tipo y cantidad de fármaco administrado.

El dispositivo ofrece la posibilidad de grabar e imprimir recetas, llevar a cabo un calendario de citas programadas, así como proporcionar los datos que se pueden utilizar para los datos epidemiológicos y estadísticos.

En nuestra región (Calabria), hemos adoptado una solución Informática que mejora la calidad de la transición a través de una información completa y precisa sobre el paciente, la optimización de los recursos, lo que es eficiente y beneficioso para el usuario

Además de la portabilidad y versatilidad, la tarjeta de datos de salud siempre tiene una copia idéntica en línea basado en un sistema de seguridad distribuida en tres niveles:

- Local, en la Base Médica
- Copia de seguridad en línea
- Base de datos central

En nuestro sistema de gestión de datos de salud hemos pensado en una estructura en diversos niveles que logre intercomunicar, la información de salud y los datos personales de los usuarios sujetos a la prestación de servicios de salud y los flujos de información que surge de los exámenes médicos y las investigaciones clínicas, análisis bio químicos e imágenes de diagnóstico.

Podemos identificar tres niveles:

- Nivel de usuario. Es la parte fundamental de la estructura informativa. En este nivel hay una información individual de cada usuario que tiene contactos con la SSR;
- Nivel Local. La información de los usuarios individuales se recoge en los Centros Regionales que están autorizados a entrar en los datos de salud pen-drive por el cual será posible obtener las primeras observaciones estadísticas epidemiológicas y económicas;
- Nivel Global. Toda la información de los pacientes sometidos a los pagos y / o beneficios médicos son "backpate" en el sistema de información regional. Sectores implicados en el control de los requisitos del Departamento de Salud pueden analizar, supervisar e investigar todos los aspectos de la labor de los prescriptores / reguladores regionales individuales.

La adopción de este sistema de contenido de información en un medio de almacenamiento portátil personalizado, permite tener toda la información de la historia clínica del usuario.

Este sistema nos permite gestionar los datos informáticos multimediales con la integración de dispositivos Twain directamente desde el programa (escáneres, cámaras, datos de Dicom etc.) Pueden reproducirse documentos e informes liberando al usuario de transportar los originales de soporte en papel, más pesado y voluminoso⁽⁶⁾.

Las condiciones de un camino hacia la calidad en la medicina del adolescente

La complejidad de "adolescente", en su integralidad sanitaria y social requiere de una inclusión en un recorrido de calidad que permita observar la trayectoria de todas las intervenciones de salud y psicosocial que se hizo; el camino de atención será revisado desde un punto de vista de "Gestión de la Calidad Total". Se hace necesario y crucial el rol de los médicos en la promoción de la calidad con el fin de examinar la eficacia y la eficiencia de los procesos de atención de salud y las vías que se ofrecen a los adolescentes. Para poder medir y evaluar el proceso de calidad implementado en el contexto de los adolescentes, es necesario aquellos aspectos que pueden ser medidos y comparados. Hay por lo menos siete aspectos o "dimensiones": eficacia de la calidad esperada, la eficacia práctica, la competencia técnica, la aceptabilidad, la eficacia, adecuación, accesibilidad y conveniencia –que pueden estar contenidos en el esquema que se muestra en la Tabla 2⁽⁷⁾.

Para garantizar la calidad en la atención al adolescente hay por lo menos siete aspectos o "dimensiones":
eficacia de la calidad esperada,
la eficacia práctica,
la competencia técnica,
la aceptabilidad,
la eficacia,
adecuación,
accesibilidad y
conveniencia

Un lugar de calidad para el adolescente, también para el apoyo de los conocimientos básicos y todo lo que pueden intervenir en un programa de calidad total, supone que:

- a. El personal esté capacitado para evaluar y mejorar la organización de atención de salud y la calidad del trabajo con el adolescente;
- b. El personal debe ser obligado a participar en actos de programas sistemáticos de capacitación para mejorar la calidad;
- c. Las organizaciones de salud darán al personal los datos de manera precisa, completa y oportuna y la organización de las vías de atención del adolescente para que esta pueda ser efectiva y realmente mensurable;
- d. La accesibilidad a la información sobre el curso de la salud de los adolescentes está garantizada para todo el personal médico y de salud, de las normas hospitalarias y locales para asegurar que las medidas se concreten y se evalúen para una mejor calidad.

Otro supuesto de los programas en el ámbito de la calidad para los adolescentes, es la capacitación que desarrolla, suministra y apoya el papel de la ciencia del comportamiento en lugar de las soluciones técnicas. La cultura de las actitudes, formación y gestión de los recursos humanos son esenciales.

Para obrar en el camino de la calidad, los operadores deben adquirir la formación en el enfoque médico, y analizarlos a la luz de la citada norma, definiendo así el mejor equilibrio recorrido/calidad.

Conclusiones

...si se elimina la cualidad, sólo la racionalidad **permanece inmutable**. Extraño. ¿Cómo puede ser? Fedro no lo sabía, pero sabía que eliminando la calidad de la descripción del mundo así como lo conocemos había puesto a la luz la importancia de esta noción que se transformaba fundamental en un modo que ni siquiera él había sospechado. El mundo puede funcionar sin ella, pero la vida sería tan insulsa que no valdría la pena ni siquiera de ser vivida. Robert M. Pirsig (Lo zen e l'arte della manutenzione della motocicletta)⁽⁸⁾.

Por lo tanto, resulta evidente la importancia de la utilización de normas de calidad en el mundo de la salud. En este sentido, deben considerarse los siguientes axiomas básicos:

- La calidad no es un principio universal, pero cuenta muchísimo el modo "observatorio" desde el que se expresa la evaluación.
- La calidad es un fenómeno multidimensional, dinámico y depende de numerosos factores, incluyendo su correspondencia; puede ser evaluado en términos profesionales, humanísticos y de organización.

La semilla del cambio en la evaluación de la calidad está dentro de cada actor en el servicio de salud y es el germen de la mejora continua de la calidad en todos sus aspectos y con todos los límites naturales, la necesidad de encontrar una tierra, un modo personal y profesional –organizativo y social– fértil.

En la medicina del adolescente ahora es imprescindible la necesidad de adoptar procesos de mejora continua de la calidad que conduzcan al crecimiento del tamaño de la actuación

La calidad es un fenómeno multidimensional, dinámico y depende de numerosos factores, incluyendo su correspondencia; puede ser evaluado en términos profesionales, humanísticos y de organización

“objetiva”, pero también elementos “subjetivos”, que son difíciles de medir, pero son muchos los casos requeridos para la humanización y personalización de los servicios.

Los médicos y enfermeras y todos los actores de los servicios de salud están llamados a establecer una relación de ayuda eficaz, poniendo al adolescente en condiciones de expresar sus propias necesidades, el cuidado de la recepción, la educación de una correcta utilización de la estructura e incorporar cuáles son las expectativas. Por otro lado los propios adolescentes están llamados a contribuir a la mejora de la calidad de la atención al participar activamente en la evaluación de la calidad de la atención y las intervenciones de salud. Un concepto a adquirir es que la búsqueda de la calidad no es un mandato inalcanzable.

Es importante superar y corregir todos aquellos obstáculos que podrían impedir o frenar el proceso de transición:

- Equipo (team) pediátrico: Falta de completa confianza o conocimiento de las estructuras internas, sobretodo, en relación a enfermedades recientemente aparecidas y su tratamiento.
- Adolescente: Miedo de enfrentarse a un ambiente desconocido; ausencia del apoyo familiar.
- Familia: Ya no se siente un interlocutor importante para el médico, creándoles un sentimiento de exclusión.
- Médico del adulto: Sobre algunas raras patologías crónicas congénitas o que surgen en edad pediátrica puede tener conocimientos teóricos y prácticos inferiores al médico pediatra.

Se puede cambiar para mejor, sin embargo es esencial el compromiso, una fuerte motivación e interés. El desarrollo de apoyo informativo e informático para el proceso de atención (registros médicos) es la base de la trayectoria descrita hasta ahora para definir la calidad⁽⁹⁾.

En pocas palabras, con el fin de alcanzar los objetivos fijados son fundamentales las siguientes condiciones:

1. Experiencia adecuada en Adolescentología;
2. La formación continua de los operadores;
3. Servicios de la red de escucha;
4. El desarrollo de los procesos de Gestión de la Calidad Total.

El trabajo diario con los adolescentes nos ha enseñado y nos enseña que los chicos están muy atentos a los problemas médicos y sociales que los afectan, con mucho sentimiento, que debe ser analizado, dirigido y promovido de una manera tal que no se disperse por la falta de la formación y la falta de información⁽¹⁰⁾.

En conclusión, ahora es esencial que los diversos “actores” que pueden desempeñar un papel en la fase de transición (personal médico y administrativo, las sociedades científicas, los gerentes de los centros de salud, asociaciones de padres, etc.), diseñen en las diversas situaciones que los pacientes están viviendo, los caminos que faciliten la transición de la organización pediátrica a la de adultos y que, por otro lado, garantice la satisfacción completa del concepto de atención integral, que ahora se considera indispensable para una asistencia de calidad.

En la medicina del adolescente ahora es imprescindible la necesidad de adoptar procesos de mejora continua de la calidad que conduzcan al crecimiento del tamaño de la actuación “objetiva”, pero también elementos “subjetivos”, que son difíciles de medir, pero son muchos los casos requeridos para la humanización y personalización de los servicios

Es esencial que los diversos actores de la transición faciliten ésta y garanticen la satisfacción completa del concepto de atención integral, que ahora se considera indispensable para una asistencia de calidad

Tablas y figuras

Tabla 1: Límites cronológicos de la adolescencia

Ente	País	Año	Límites, años
Organización mundial de la salud OMS		1975	10-20
Sociedad italiana de pediatría	Italia	1995	11-18
Academia americana de pediatría	USA	1995	11-21
Sociedad de medicina de la adolescencia (SAM)	USA	1995	10-25(*)
Sociedad italiana de M de la adolescencia (SIMA)	Italia	2007	10-18(**)

(*) 1. Inicio adolescencia= inicio desarrollo; 2. Fin de la adolescencia=adquisición status adulto (social y económico)

(**) 1. Inicio final desde 8-9 años (pubertad precoz o anticipada); 2. Extensión hasta la III o IV década de la vida en el caso de individuos con patologías crónicas (giornale italiano de pediatria, 2007; acta pediatria, 2008).

Tabla 2

Indicador	Definición	Acción
Eficacia esperada	Potencial capacidad de una intervención para modificar favorablemente la salud de las personas a las que se dirige, cuando se aplica en condiciones óptimas	Hacer aquello que es útil
Eficacia práctica	Resultados obtenidos por la aplicación de rutinas de intervención	En el mejor modo
Competencia técnica	Nivel de aplicación de los conocimientos científicos, las competencias profesionales y las tecnologías disponibles.	De los que prestan atención
Aceptabilidad	Grado de satisfacción del servicio por parte del usuario.	Para quien la recibe
Eficiencia	Capacidad para lograr los resultados esperados con el menor costo posible.	Al menor costo
Adecuación y Accesibilidad	Capacidad de proporcionar la atención adecuada a todos aquellos que efectivamente lo necesitan.	A quien tiene necesidad
Adaptación	Nivel de utilidad de la prestación respecto al problema clínico y al estado de los conocimientos.	Y sólo a ellos

Figura 1



Preguntas tipo test

1. Respecto a la transición (paso cuidado pediátrico al cuidado adulto), ¿cuál no es cierto?

- a) El objetivo es asegurar un cuidado médico de alta calidad sin interrupción, mientras el individuo pasa de la adolescencia a la edad adulta.
- b) Es un evento puntual que se realiza cuanto el chico cumple 14 años.
- c) Debe ser un proceso gradual y multidisciplinar.
- d) Debe ser planeado en el tiempo teniendo en cuenta las necesidades médicas, psico-sociales y educacionales.
- e) El adolescente y su familia deben estar involucrados.

2. En la transición, ¿cuál no es cierta?

- a) Es específica para cada persona.
- b) Idealmente puede ocurrir entre los 18-21 años.
- c) Se realizará cuando el adolescente ha madurado y tiene habilidades para su cuidado.
- d) En nuestro país existen programas de transición efectivas.
- e) Todas son ciertas.

Respuestas en la página 116

Bibliografía

1. Blum RW, Garell D, Hodgam CH, et al. Transition from child-centered to adult health care: system for adolescents with chronic conditions. *J Adolesc Health* 1993; 14:570-6
2. Rosen D. Between two worlds: bridging the cultures of child health and adult medicine. *J Adolesc Health* 1995; 17:10-6
3. Viner RM. Transition of care from paediatric to adult services: one part of improved health services for adolescents. *Arch Dis Child* 2008; 93: 160-3
4. Reiss J, Gibson R. Health care transition: destination unknown. *Pediatrics* 2002; 110:1307-14
5. Raiola G, Bertelloni S, De Sanctis V, et al. Age limits of adolescence and health care system for adolescents: a position paper of Italian Society for Adolescent Medicine. *Ital J Pediatr* 2007; 33:128-31
6. Raiola G, Romano G, Galati MC, Barreca M, Zito B. Modelli per il controllo dei dati sul GH. *Rapporti Istituzionali (Istituto Superiore di Sanità)* 2013 (in corso di stampa)
7. Beccastrini S, Gardini A, Tonelli S. *Piccolo dizionario della qualità*. Centro Scientifico Editore. Torino 2001.
8. Pirsig RM. *Lo Zen e l'arte della manutenzione della motocicletta*: Adelphi, Milano 1988
9. Pansini E, Ravizza PF. La cartella clinica come documento di qualità. *Italian Heart J* 5 (Suppl.): 2004
10. Raiola G, Bertelloni S, Romano G, De Sanctis V, Galati MC. Il Progetto della Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza (SIMA) per la salute dell'adolescente. Un percorso di qualità inserito in un percorso sanitario assistenziale dedicato. *Rivista Italiana di Medicina dell'Adolescenza*. 2008 Vol. 6, n 2 (suppl. 1): 90-94

El suicidio en la adolescencia y en la juventud

G. Girard. Pediatra. Especialista en Medicina de la Adolescencia. Doctor en Medicina y Miembro Emérito de la Sociedad de Medicina de Adolescentes de los Estados Unidos de América. Ex Coordinador del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, en el Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Resumen

El Suicidio, ha sido encarado desde diversas perspectivas a través de los tiempos. Hoy se considera como un tema signado por la complejidad en el que intervienen diversos factores, lo que se ha definido como la Ecología del Suicidio. Representa una importante causa de muerte a nivel mundial con características propias en las diferentes regiones. Mientras muchas de las causas de morbi mortalidad, a nivel mundial se encuentran en franco descenso, no ocurre lo mismo con el comportamiento suicida, que presenta un incremento particularmente en la franja etaria de adolescentes y jóvenes. Características biológicas, psicológicas y sociales propias de la adolescencia y juventud la convierten en un grupo particularmente vulnerable con respecto a los comportamientos suicidas. Por ello se requiere de la intervención de equipos interdisciplinarios que permitan un abordaje integral. El suicidio no afecta solo a quien lo comete sino que afecta a sus familiares, allegados y repercute en el nivel comunitario. En esta compleja problemática debemos trabajar en la prevención, atención y posvención en los allegados y la comunidad.

Palabras clave: *suicidio, adolescentes, prevencion*

Abstract

Through time, suicide has been approached from different perspectives. Today it is considered a complex topic where different factors participate, in what has been named as the Ecology of Suicide. It represents an important cause of death all through the world with special characteristics in different regions. While the rates of many causes of morbidity and mortality are going down across the globe, the suicide behavior rate is increasing, especially among adolescents and young people. Intrinsic biological, psychological and social characteristics of adolescents and youngsters, make this group especially vulnerable towards suicidal behaviors. For all these reasons, interdisciplinary teams are needed to reach a holistic and comprehensive approach. Suicide does not only affect the one that commits it, but also the suicide grievors, who are those that have lost someone they cared for deeply, and it also has an important repercussion on the community. Interventions do not finish when an adolescent has committed suicide, they must continue with prevention, attention and the aftermath with suicide grievors and the community.

Keywords: *Suicide, adolescents, prevention*

Introducción

El **suicidio** es definido por la Organización Mundial de la Salud (2010) como *“el acto deliberado de quitarse la vida”*.

Los **comportamientos suicidas** abarcan un amplio espectro: desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta el intento y la posible consumación del acto. Si bien no pueden asociarse de manera lineal y consecutiva, es fundamental considerar el riesgo que cada una de estas manifestaciones conlleva más allá de la intencionalidad supuesta.

Las diversas investigaciones que han estudiado el suicidio lo han hecho a través de dos grandes marcos conceptuales: desde la problemática individual como unidad de análisis, o utilizando datos de conjunto tales como tasas de suicidio en ciudades, estados, comunidades o países. Los estudios basados en aspectos individuales consideran tipos de personalidad, actitudes, funcionamiento social, y salud tanto física como mental. Aquellos que utilizaron datos agregados utilizaron variables sociológicas. Estos aspectos ya fueron tratados por Durkheim a fines del siglo XIX cuando afirma que el mismo no se debe en una sociedad determinada a una simple sumatoria de unidades independientes sino que constituye por sí mismo un hecho nuevo y sui generis. Tiene su naturaleza propia y esa naturaleza es eminentemente social, y cada sociedad tiene una aptitud definida para el suicidio⁽¹⁾. Recordemos que Durkheim era sociólogo. Por el contrario desde la salud mental se lo consideró como el último eslabón de una serie de procesos psicopatológicos potenciados por aspectos propios de la personalidad. En la actualidad está creciendo con fuerza a través de múltiples estudios lo que se ha dado en llamar una *“ecología del suicidio”*⁽²⁾. Esto no estaría representando una tercera posición que anula a las anteriores sino que representa el afianzamiento y la inclusión de ambas.

Aceptando así la multiplicidad de factores determinantes, el suicidio sería una conducta signada por la complejidad. Al respecto afirma Edgar Morin; *“Las unidades complejas son multidimensionales, el ser humano es a la vez biológico, psicológico, social, afectivo, racional y en la sociedad comporta dimensiones históricas, económicas, sociológicas y religiosas”* y agrega: *“Complexus, significa lo que esta tejido junto, existiendo complejidad cuando son inseparables los elementos diferentes que constituyen un todo”*⁽³⁾.

Epidemiología

El último informe de la Organización Mundial de la Salud, datado a fines del año 2014, reitera y alerta una vez más sobre la necesidad de encarar el tema de la prevención del suicidio, dado que *“cada año, más de 800 000 personas se quitan la vida, lo que representa aproximadamente un suicidio cada 40 segundos”*.

Continúa dicho informe afirmando: *“Las tasas de suicidio más elevadas se registran en personas de 70 años o más. En otros países, esto ocurre entre los jóvenes. El suicidio representa la segunda causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo”*⁽⁴⁾.

En Europa, la tasa de suicidio estimada es en cierta medida superior a la media mundial de 11,4 por 100 000 registrada en 2012. En el grupo etario de 15 a 29 años en muchos países de la región, representa la primera causa de muerte. (Fig.1)

El diario El País publicaba en el año 2010 este Planisferio sobre los suicidios en España, pero datos más recientes correspondientes a los últimos 5 años informan que si bien España es uno

Los comportamientos suicidas abarcan un amplio espectro: desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta el intento y la posible consumación del acto

El suicidio sería una conducta signada por la complejidad

Cada año, más de 800.000 personas se quitan la vida, lo que representa aproximadamente un suicidio cada 40 segundos

El suicidio representa la segunda causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo

de los países de Europa con tasa más baja de suicidios el último registro de 2014 indica una tasa que asciende a 8 suicidios por cada 100.000 habitantes y supone un incremento en ese período del 22%⁽⁵⁾. Esta cifra no obstante se encuentra cuestionada y podría obedecer a que el INE (Instituto Nacional de Estadísticas de España) en los últimos años ha introducido modificaciones al registro de defunciones por causas externas, lo que disminuiría el sub registro.

Se calcula que por cada persona que consuma un suicidio, no menos de 20 a 40 lo intentan y que por cada intento otro tanto piensa esa posibilidad con cierta reiteración

Abordar el tema del suicidio, suele representar una “nota discordante” para los equipos de salud, que tradicionalmente han sido formados y motivados a trabajar en la prevención, promoción, atención y recuperación de la salud, dando por supuesto que en menor o mayor grado contarían con la participación de las propias personas o grupos a los que sus acciones estuvieran dirigidas. Se calcula que por cada persona que consuma un suicidio, no menos de 20 a 40 lo intentan y que por cada intento otro tanto piensa esa posibilidad con cierta reiteración. Si vamos concretando estas cifras, llegamos por otro camino a porcentuales importantes que suelen superar el 10% del total de una población que se cuestiona si la vida tiene sentido de ser vivida. Esto alcanza una importante connotación en la Salud Pública de un país y nos debe cuestionar sobre si nuestras campañas de prevención y conservación de la salud se encuentran bien encaminadas.

El comportamiento suicida se potencializa a través del consumo de alcohol que se suele encontrar en niveles significativos en 3 de cada 4 adolescentes que consumaron un suicidio. El consumo de cannabis puede actuar también como “facilitador” pero en menor proporción y lo mismo ocurre con otras sustancias psicoactivas

Características propias de la adolescencia

Al considerar el tema del suicidio en la adolescencia, hay hechos que debemos destacar dado que marcan diferencias significativas con otras etapas del curso de vida y no suelen ser reconocidas por muchos equipos de salud.

Hoy las investigaciones en las neurociencias han avanzado notablemente en el conocimiento del desarrollo hacia la madurez del cerebro adolescente. Esto es particularmente destacable en lo referido al lóbulo prefrontal, región íntimamente ligada al control de los impulsos. Esto explicaría el menor tiempo de acción entre un factor desencadenante y la acción de un comportamiento suicida, en los adolescentes con respecto a los adultos. “Signos previos” o indicadores de riesgo que mucho se describen en la población mayor suelen ser también menores en este grupo etario. Asimismo el comportamiento suicida se potencializa a través del consumo de alcohol que se suele encontrar en niveles significativos en 3 de cada 4 adolescentes que consumaron un suicidio. El consumo de cannabis puede actuar también como “facilitador” pero en menor proporción y lo mismo ocurre con otras sustancias psicoactivas.

El rol de la familia ya sea como factor protector o factor de riesgo se ha identificado en las diferentes etapas de la vida pero sin duda en la adolescencia juega un rol principalísimo. En forma paradójica aún en el adolescente “enojado” o “disgustado” con su familia, consciente o no, sabe que puede contar con ella. Esto no ocurre cuando existen carencias en el rol protector de la misma o una ausencia manifiesta. La familia ejerce un rol tan importante que en general el o la adolescente se encuentra no capacitado en buscar apoyo fuera de ella. La escuela muchas veces puede cumplir un rol sustitutivo de importancia dado que puede detectar signos de alarma, y posibilitar una intervención profesional que represente un importante elemento contenedor. El grupo de pares, tan importante en la adolescencia juega también un rol significativo ya sea como factor protector o de riesgo. Uno de los peores “castigos” que un adolescente puede sufrir es sentirse aislado de su grupo de pares, por ello la relación del bullying con el suicidio cada vez adquiere una mayor importancia. En los últimos años incrementados, por el tema del ciber-bullying, que a diferencia de las situaciones de violencia dentro del ámbito escolar no cesan cuando él o la adolescente retornan a su hogar. Temas referidos a la orientación sexual e identidad de género representan factores de riesgo en cuanto a comportamientos suicidas, muy especialmente cuando debido a ellas las personas se sienten aisladas.

El rol de la familia ya sea como factor protector o factor de riesgo se ha identificado en las diferentes etapas de la vida pero sin duda en la adolescencia juega un rol principalísimo

Una de las características de la etapa adolescente es la de elaborar un propósito de vida, un hecho que lo suele caracterizar más allá de las posibilidades reales de ser alcanzado. Esta falta de propósito con un estado de ánimo sumido en la desesperanza son hechos que se convierten en importantes factores de alerta.

El compromiso de los determinantes sociales de la Salud, se han relacionado muy especialmente con el suicidio en general pero no parecerían tener una importancia similar en el comportamiento suicida de los adolescentes, Serios trabajos de investigación, muchos de ellos relacionados con hermanos, gemelos y nacidos por adopción se refieren a factores genéticos que podrían influir en el comportamiento suicida. Hay ciertos genes ya identificados, que tendrían una posible participación. Los avances en la epigenética al respecto, nos indicarían como dichos genes debieran activarse para generar sintomatología.

Tradicionalmente se afirma que detrás del 90% de los suicidios, se esconde una enfermedad mental, con neta predominancia de depresión mayor y trastorno bipolar, siguiendo los trastornos psicóticos, muchos de ellos relacionados con niveles bajos de serotonina. Seguirían en orden de frecuencia los trastornos de la personalidad entre los cuales debe destacarse el trastorno límite de la personalidad a veces confundido con TDAH⁽⁶⁾.

En nuestra medicina occidental a partir de la modernidad los aspectos espirituales o religiosos fueron totalmente dejados de lado. No obstante desde los tiempos más remotos de la humanidad los mismos estuvieron en íntima relación con la salud. Con el surgimiento de la modernidad fueron totalmente dejados de lado, pero podemos afirmar que ya sea por presencia o ausencia se encuentran relacionados con conductas, valores, actitudes, propósitos y filosofía de vida de los seres humanos.

Al existir, en la actualidad una mayor apertura hacia la espiritualidad, van surgiendo nuevos posicionamientos ante estos procesos. La apertura a lo trascendente, al mismo tiempo que innegable, se rodea de una pluralidad de sentidos, y como otros se impone en la sociedad de hoy. Los muchos signos religiosos más o menos explícitos incorporados en la ropa y los adornos revelan por ejemplo en la juventud, un sentimiento vago de trascendencia que muchos cultivan. Las expresiones religiosas explícitas, en general, tienden a participar de las características previamente apuntadas. No es tan fácil, pasar no obstante de la fe al compromiso. Es posible que una participación en los grupos religiosos signifique más una afirmación de "pertenencia" que de "creencia". La búsqueda del trascendente se compone y no podría ser diferente, de un conjunto de necesidades, particularmente en términos de solución de angustias, de recuperación de autoestima, de afirmación de su identidad e integración social, de búsqueda de un sentido de vida capaz de potenciar la posibilidad de cómo enfrentar al futuro. Es en base a todo lo anteriormente expuesto que podemos considerar que la postura ante aspectos espirituales y religiosos ya sea por presencia, ausencia aunque la misma este teñida de subjetividad actúa de manera importante y digna de tener en cuenta pudiendo constituir un factor protector o un factor de riesgo⁽⁷⁾.

La falta de un propósito de vida junto con un estado de ánimo sumido en la desesperanza son hechos que se convierten en importantes factores de alerta

Serios trabajos de investigación, muchos de ellos relacionados con hermanos, gemelos y nacidos por adopción se refieren a factores genéticos que podrían influir en el comportamiento suicida

La postura ante aspectos espirituales y religiosos ya sea por presencia, ausencia aunque la misma este teñida de subjetividad actúa de manera importante y digna de tener en cuenta pudiendo constituir un factor protector o un factor de riesgo

Actitud ante el comportamiento suicida

En la consideración del comportamiento suicida es fundamental evaluar y considerar la comunicación e interacción entre el suicida y las personas que le rodean. Deberá tenerse en cuenta la personalidad del sujeto, la importancia del entorno, el papel del stress, las reacciones de otras personas, el apoyo psico-socio-cultural y factores de protección y de riesgo.

Los factores protectores y los factores de riesgo suelen estar presentes en diferentes niveles y es importante considerar que los factores protectores se encuentran íntimamente unidos a la

En general desde la medicina, en lugar de buscar de potencializar los factores protectores nos detenemos mucho más en actuar sobre los de riesgo, lo que suele ser mucho menos efectivo

Un antecedente de suicidio consumado en la familia es uno de los aspectos más importantes a considerar como factor de riesgo y más aún si el adolescente ya ha hecho algún intento. No debemos considerar nunca la hipótesis de que el mismo ha sido solo para llamar la atención

resiliencia. En general desde la medicina, en lugar de buscar de potencializar los protectores nos detenemos mucho más en actuar sobre los de riesgo, lo que suele ser mucho menos efectivo.

Sucesivamente debemos ir encarando los aspectos individuales, los interpersonales, los comunitarios y los sociales.

La accesibilidad a armas de fuego, pesticidas, y medicamentos deben ser tenidos muy en cuenta e interferir en su accesibilidad, lo que ha sido demostrado eficaz en múltiples investigaciones.

Un antecedente de suicidio consumado en la familia es uno de los aspectos más importantes a considerar como factor de riesgo y más aún si el adolescente ya ha hecho algún intento. No debemos considerar nunca la hipótesis de que el mismo ha sido solo para llamar la atención. En caso de haber existido una internación psiquiátrica por diversos motivos el momento de mayor riesgo suele darse en los primeros días después del alta del paciente.

Los estados de ánimo en muchas oportunidades son expresados por los adolescentes con frases bastante demostrativas de los mismos y los podemos observar en la Figura 2.

Mitos con respecto al suicidio

Ante un comportamiento suicida debemos asimismo despojarnos de ciertos mitos que suelen ser impuestos por la cultura y en general suelen ser universales. Podemos enumerar los siguientes:

- Los que hablan o anticipan no los cometen.
- El hablar o preguntar sobre el suicidio puede desencadenarlo o incrementar la fantasía.
- El suicidio sucede sin advertencias.
- Tienen toda la intención de morir.
- La mejoría post crisis indica que el peligro se ha superado.
- No todos los suicidios pueden prevenirse ni bien atendidos pueden evitarse.
- Una vez que la persona es suicida lo es para siempre.

Todos estos mitos no solo son propios de la cultura popular sino que suelen estar muy presentes en los equipos de salud. Esto es particularmente grave en la medida que al omitir el tema por temor puede perderse una importante posibilidad de actuar en el diagnóstico y la prevención de un comportamiento suicida.

Atención del comportamiento suicida

En la historia de la humanidad el "tratamiento" del suicidio fue cambiando en forma acorde a como se considerara su origen. El predominio de aspectos propios de maleficios, malos espíritus, etc. dió una enorme preponderancia a las intervenciones a través de las diversas creencias religiosas. La enorme mayoría de ellas se oponía al mismo y se lo condenaba con todo rigor. Aunque con menos énfasis aún hoy casi todas las religiones tradicionales se oponen a la con-

ducta suicida. En el siglo XIX con la publicación de Emile Durkheim sobre el suicidio, desde una perspectiva sociológica, llevó a que el control a efectos de evitar comportamientos suicidas estuviera preponderantemente a cargo de los correspondientes gobiernos. Diversas legislaciones eran terribles y terminantes. El siglo XX asiste a un enorme desarrollo de la salud mental y en forma casi unánime en el mundo occidental pasa a considerarlo como algo propio de la psiquiatría. Es en 2003, que la OMS adhiere a la teoría de Bronfenbrenner que expusiera en 1979, y que habla sobre la Ecología del Suicidio basada en la Complejidad y la Multidimensionalidad, dando paso a la Visión Holística actual que comprende los aspectos Individuales, Interpersonales, Comunitarios, Sociales y Espirituales.

En la actualidad se trata de implementar en la prevención, atención y postvención del suicidio una estrategia desde la Atención Primaria de la Salud. Esto obedece a hechos conceptuales por un lado y a un encuadre pragmático por el otro. Se establece así una lucha radical entre aquellos que proponen mantener la psiquiatrización de los tratamientos y los que ponen más énfasis en las estrategias de APS. Desde la Salud Pública y ante la dimensión del problema a nivel mundial resulta imposible considerar que los comportamientos suicidas solo debieran ser atendidos por psiquiatras o psicólogos, pero resulta evidente que aunque no se cuente con estos recursos, la presencia de los equipos de Salud Mental resulta sumamente importante. Se está avanzando aunque lentamente, hacia la conformación de equipos interdisciplinarios a los efectos de posibilitar un abordaje integral.

Se está avanzando aunque lentamente, hacia la conformación de equipos interdisciplinarios a los efectos de posibilitar un abordaje integral del suicidio

¿Que se puede hacer ante un suicidio consumado? (Posvención)

Lo que se haga luego de un suicidio consumado puede ser tan importante como lo que se realizó antes. Esto en la terminología referida al suicidio se conoce como Posvención. Diversas investigaciones realizadas en los Estados Unidos afirman que una vez que se consumó un suicidio suele haber como mínimo 6 personas seriamente afectadas por el hecho. Al hablar de afectación no solo se refieren a la tristeza, dolor o demás sentimientos que el hecho suscita, sino que se entiende por afección un hecho que puede comprometer seriamente la salud de los allegados tanto en el plano físico como en el mental. Estadísticamente está demostrado que la posibilidad que un allegado adopte un comportamiento suicida es mucho mayor.

Hay 3 preguntas que los cercanos, particularmente **sus padres** suelen formularse: ¿Por qué lo hizo?, ¿Cómo no pude evitarlo?, ¿Cómo me hizo esto a mí? Surgen estas preguntas desde un espacio que los deudos describen como de confusión y devastador⁽⁸⁾. No existen para estas preguntas respuestas fáciles y menos aún simplistas; (porque estaba deprimido, por un fracaso amoroso, por una decepción, por haber fallado en un examen, etc.).

No obstante se pueden presentar a los allegados en forma breve, ciertos aspectos tales como la multicausalidad, el saber que aún con los mejores tratamientos todos los suicidios no pueden ser evitados, que ellos nada más podrían haber hecho para evitarlo, teniendo como objetivo fundamental evitar la culpa que es lo que más suele afectar a los cercanos. Muchas veces más que una verbalización corresponde un acompañamiento desde los afectos y la comprensión.

Mayores dificultades surgen a través de las cartas, aunque rara vez las mismas pueden dar una explicación coherente y comprensible ante la situación. En general suelen ser breves, desculpabilizadoras o pidiendo perdón. La resolución de las cartas suelen ser más complejas cuando dejan en "herencia" por ejemplo: "mis guantes de fútbol a mi hermano"..., "mi muñeca preferida a mi amiga"..., o cualquier otro elemento íntimo y significativo.

Estadísticamente está demostrado que la posibilidad de que un allegado a un suicida adopte un comportamiento suicida es mucho mayor

La forma de reaccionar de los niños pequeños ante un suicidio familiar es más a través de sus comportamientos que a través de sus palabras

Una particular situación en la posvención del suicidio es vivido por los **hermanos**, particularmente niños y adolescentes. Resulta muy difícil para los padres poder clarificar esta situación ante los niños cuando ellos mismos carecen de respuesta. En general el tema se va postergando, y no pocas veces el origen de la muerte del hermano queda oculta o se pretende que así suceda. Debemos tener en cuenta que los niños expresan sus sentimientos en forma diferente a los adultos y buscan jugar como de costumbre con sus amigos y aparentan como que nada ha ocurrido. Ante esto se les debe explicar que no tienen por qué sentirse tristes todo el tiempo. La forma de reaccionar de los niños pequeños es más a través de sus comportamientos que a través de sus palabras.

El presenciar una muerte por suicidio ya sea mientras ocurre o por hallar su cuerpo suele desencadenar en los **testigos**, sintomatología propia del stress post traumático. La respuesta del afectado no es racional, y persiste cierta vivencia de culpabilidad. Esto es significativo por ejemplo en los conductores de trenes, cuando alguien se arroja a las vías con el tren en marcha y ellos consideran que de haberse dado cuenta antes hubieran podido detener la formación.

En los pares de adolescentes que cometieron suicidio, se debe tener muy en cuenta el efecto contagio, acompañarlos y ayudarlos a verbalizar lo que están sintiendo y las vivencias propias de esa situación

En cuanto a los **pares** de los y las adolescentes, se debe tener muy en cuenta el efecto contagio, acompañarlos y ayudarlos a verbalizar lo que están sintiendo y las vivencias propias de esa situación.

Por su parte al **equipo de salud** tampoco le resulta fácil enfrentarse a una muerte por suicidio, ya sea que hubiesen participado, antes, durante o después del suceso. Muchos de los procesos sufridos por los deudos lo presentan también los profesionales, donde no pocas veces el dolor se ve incrementado por el sentirse fracasados en su accionar, el temor a ser juzgados por mala praxis y el síndrome de burn out.

Una de las características de la sociedad actual es ocultar el sufrimiento, el dolor y la muerte, aspectos que el príncipe Sidharta descubrió antes de convertirse en el Buda. Si esto ocurre con la muerte cuanto más cuando la misma ha sido autoprovocada.

Intervenciones terapéuticas en la posvención

Una de las intervenciones que más efectividad ha demostrado en los sobrevivientes de un proceso de suicidio corresponde al apoyo grupal de familias y/o allegados que han pasado por esa situación

Una de las intervenciones que más efectividad ha demostrado en los sobrevivientes de un proceso de suicidio corresponde al **apoyo grupal** de familias y/o allegados que han pasado por esa situación. Se considera que a través del trabajo grupal, en forma gradual los sentires al ser compartidos se van considerando como "normales" y como propios de la situación. A través del grupo la estigmatización también se va diluyendo mientras que el grupo al irse consolidando va constituyendo como parte de un viaje emocional. Una función derivada de todo este proceso es que la acción grupal actúa asimismo monitoreando las reacciones y vivencias de cada uno de sus integrantes pudiendo detectar precozmente situaciones de riesgo que pudieran surgir.

Una particular intervención puede y debe realizarse en las instituciones escolares a las cuales pertenecían los adolescente que murieron por suicidio. La Organización Mundial de la Salud dentro del Programa SUPRE⁽⁹⁾ estableció un protocolo que da las pautas que se deben seguir y que resumidas son las siguientes:

- No negar la situación y menos aún ocultarla (disipar rumores).
- Informar: "NN murió por suicidio".
- Obviar detalles puntuales, forma, lugar, hora, etc.

- Incrementar todas aquellas medidas que tiendan a mejorar el “clima” de la institución escolar. Presentar en forma breve ciertos aspectos sencillos pero contundentes que eviten simplificaciones tales como rumores y los “porque” de la comunidad educativa.
- Talleres de prevención para alumnos, docentes y padres, no solo informativa sino que permita expresar sentimientos: ¿Qué sienten y cómo puedo ayudarlos? (pequeños grupos).
- Capacitarse para detectar signos de alarma y espacios de consulta y/o derivación.
- Detectar repercusión de la crisis en redes sociales y poder utilizarlas en prevención.
- De existir repercusión en los medios designar un “vocero”, y remitir al Programa SUPRE, destinado a los medios de comunicación (OMS).

Conclusiones

La OMS recomienda a los países que den participación a diversos departamentos gubernamentales en la elaboración de una respuesta coordinada integral. Es preciso un compromiso de alto nivel, no sólo en el sector sanitario, sino también en los departamentos de educación, empleo, bienestar social y justicia.

En el marco del Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 de la OMS, los Estados Miembros de la Organización se comprometieron a trabajar para alcanzar el objetivo mundial de reducir en un 10%, para 2020, la tasa de suicidio en los países. El Programa de acción para superar la brecha en salud mental, puesto en marcha en 2008, incluye la prevención del suicidio con carácter prioritario, y ofrece orientación técnica basada en pruebas científicas, con el fin de ampliar la prestación de servicios en los países.

La OMS recomienda a los países que den participación a diversos departamentos gubernamentales en la elaboración de una respuesta coordinada integral. Es preciso un compromiso de alto nivel, no sólo en el sector sanitario, sino también en los departamentos de educación, empleo, bienestar social y justicia

Figuras

Figura 1

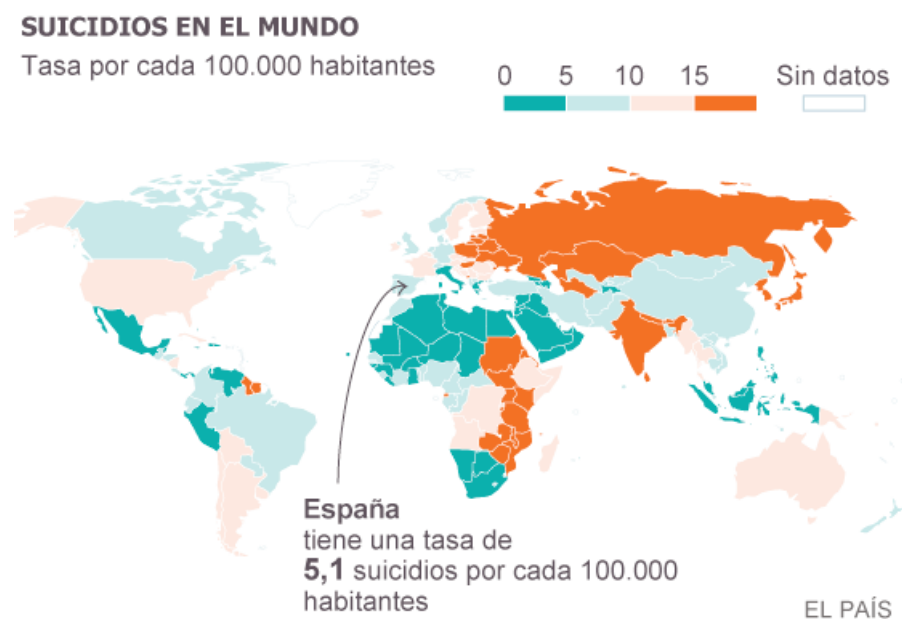


Figura 2

Estados de ánimo en el comportamiento suicida	
SENTIMIENTOS	PENSAMIENTOS
• Triste, deprimido	• "Desearía estar muerto"
• Solitario	• "No puedo hacer nada más"
• Indefenso	• "No lo soporto más"
• Desesperanzado	• "Soy un perdedor: una carga"
• Despreciable	• "Serán más felices sin mí"

Preguntas tipo test

1. Respecto al suicidio en la adolescencia ¿cuál no es cierta?

- a) Los trastornos del humor en el joven, pueden predisponer al suicidio.
- b) Es importante el uso de técnicas por parte del profesional para abordar al joven.
- c) No constituye un factor de riesgo una historia familiar de suicidio.
- d) Los problemas de orientación sexual en el joven pueden conducir al suicidio.
- e) Las opciones de tratamiento dependerán del riesgo.

2. ¿Cuál de las siguientes es cierta respecto al suicidio?

- a) Es la 2ª causa mundial de defunción entre los 15-29 años.
- b) En Europa la tasa de suicidio es inferior a la media mundial.
- c) España (según el INE) es uno de los países con tasas más bajas.
- d) Son ciertas a y c.
- e) Todas son ciertas.

Respuestas en la página 116

Bibliografía

1. Durkheim Émile, *El Suicidio*, Ed. Libertador, Buenos Aires, 15, 2004.-
2. Herrera Rodríguez Andrés, "Estado del arte en prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes" OPS/OMS. Área de Salud Familiar y Comunitaria, División de Salud Infantil y Adolescente, Washington DC, 2007.-
3. Morin Edgar, "Los siete saberes necesarios para la educación del futuro", UNESCO, Nueva Visión, Buenos Aires, 38, 2001.-
4. OMS. Primer informe de la OMS sobre la prevención del suicidio. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/es/>, 4 de septiembre de 2014.-
5. *El Mundo*, edición España. <http://www.elmundo.es/espana/2015/02/27/54f0cff4e2704ef9158b4573.html>
6. Cornellá i Canals J. Conducta autodestructiva en el adolescente. Hidalgo Vicario M.I., Redondo Romero A.M., Castellano Barca A.G. *Medicina de la Adolescencia, Atención Integral*, 2ª edición. Madrid. Ed Ergon 2012. pg. 809-819.
7. Girard Gustavo. "Espiritualidad y Resiliencia", en *Adolescencia y Resiliencia de Munist M., Suarez Ojeda N, Krauskopf D., Silber T.J.*, Paidós, Buenos Aires, 2007.-
8. Girard Gustavo A., Silber Tomas. "The aftermath of adolescent suicide: Clinical, Ethical, and Spiritual Issues" en *AM STARS, American Academy of Pediatrics*, 229-239, Vol22, N°2, August 2011.-
9. OMS. Programa SUPRE, http://www.who.int/mental_health/publications/9241545941/fr/

Bibliografía recomendada

1. Cornellá i Canals J. Conducta autodestructiva en el adolescente. Hidalgo Vicario M.I., Redondo Romero A.M., Castellano Barca A.G. *Medicina de la Adolescencia, Atención Integral*, 2ª edición. Madrid. Ed Ergon 2012. pg. 809-819.
2. Durkheim Émile, *El Suicidio*. Ediciones Libertador 1º ed. Buenos Aires, 2004.-
3. Alvin Patrick. *L'envie de mourir, l'envie de vivre, un autre regard sur les adolescents suicidants*. Editions Doin, Paris., 2º édition, 2011

XXIV CONGRESO

Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia (SEMA)

Sevilla

2 y 3 de Marzo 2018



Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia

SECRETARIA CIENTÍFICA Y TÉCNICA

Let's go to Spain

Gunvor Guttormsen
Tel: 954 25 68 16
Móvil: 637 87 87 68

semasevilla@letsgotospain.es
C/ Milano Govinda, 35
41020 Sevilla

SEDE DEL CONGRESO

Hotel Silken Al-Andalus Palace ****

Avenida de la Palmera, s/n
41012 Sevilla
Tel. 954 23 06 00

Información actualizada en la página web de la SEMA: www.adolescenciasema.org

Organización en la Atención Primaria

L. Rodríguez Molinero. Doctor en Medicina. Pediatra Acreditado por la AEP en Medicina de la adolescencia. Consulta de Adolescentes. Hospital Campo Grande (Valladolid).

Resumen

La salud integral de los adolescentes se contempla mal en los planes de salud y en las carteras de servicio de nuestro Servicio Nacional de Salud. Cuesta mucho entender si la normativa legal considera "niño" al menor de 18 años, no se incluye esta edad en la pediatría y se parcela entre esta especialidad y la Medicina de Familia, manteniendo todavía el límite en los 14 años en contra de la mayoría de las opiniones internacionales. Hay datos que sugieren que los modernos planes preventivos no pueden olvidar la importancia de la adolescencia, pues es ahí donde se adquieren y se fijan los hábitos, las costumbres y los valores determinantes de la salud de la persona. Nuestra idea es ayudar a diseñar y promover el conocimiento necesario para implementar consultas dirigidas a esta edad. Los profesionales sanitarios ocupados y preocupados por los datos macrosanitarios de la adolescencia en España tenemos muchos problemas cuando comparamos nuestra actividad con la que se realiza fuera de nuestras fronteras. Por eso insistimos en la necesidad de diseñar lugares y tiempos en beneficio no sólo de los adolescentes sino de toda la sociedad.

Palabras clave: *Adolescencia. Programas de salud. Prevención primaria*

Abstract

A generalist approach to the health needs of adolescents is poorly considered in the current plans and service portfolios of the Spanish National Health Service. It is difficult to understand if the legal regulations consider "child" those under the age of 18 years, and why this age is not allocated to pediatrics care but shared between the latter and general practitioners. Our country still maintains the limit of 14 years for pediatric care, against most international opinions. There is data suggesting that modern preventive plans cannot forget the importance of adolescence, as it is when the habits, customs and values that determine the health of the person are acquired and fixed. The aim of this article is to help design and promote the knowledge needed to implement targeted consultations at this age. Health professionals who are concerned about the macro sanitary data of adolescence in Spain encounter problems when comparing the internal activity with

that carried out outside our borders. That is why this article insists on the need to design places and times for the benefit of adolescents and of the society as a whole.

Keywords: Adolescence. Health programs. Primary prevention

Introducción

La vida en la ciudad, crea ambientes patológicos y terapéuticos. Ambos coexisten, pero en muchas ocasiones abundan los que destruyen más que los que curan.

Todos necesitamos de todos y cualquiera puede ser cuidador del otro. Son necesarios pues, espacios y tiempos, donde se puedan atender a los que "gritan"

(José Antonio Marina. Aprendiendo a vivir)

La atención al adolescente en nuestro sistema público de salud, como en el privado, es una laguna asistencial cada vez más patente

La atención al adolescente en nuestro sistema público de salud, como en el privado, es una laguna asistencial cada vez más patente. No se entiende cómo los problemas de salud prevalentes en la adolescencia se contemplan tan mal y se actúa tan poco con referencia a ellos. Por citar algunos de ellos: el fracaso escolar, los problemas de conducta, los embarazos no deseados, el inicio cada vez más precoz en el uso de tabaco y alcohol. Y la llamada patología emergente: relacionada con la salud mental, la obesidad, patología respiratoria, fatiga crónica y desmotivación, violencia, delincuencia, malos tratos, abusos, dependencias sin drogas, aislamiento social.

No se entiende que la edad pediátrica termine a los catorce años, dejando al adolescente desprotegido hasta llegar a la edad adulta

En nuestro país, ser médico y dedicarse a estas personas se convierte en una misión imposible. No se entiende que la edad pediátrica termine a los catorce años, dejando al adolescente desprotegido hasta llegar a la edad adulta. He planteado este tema en varias ocasiones a directivos, tanto de la Asociación Española de Pediatría (A.E.P.) como de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y la respuesta ha sido la misma: hay otros asuntos prioritarios. Como colectivo, los que nos dedicamos a este tema siempre estaremos en desventaja en conocimientos y experiencias en los foros internacionales.

El método que usamos en el trabajo es la Historia Clínica (HC). A través de ella establecemos una relación humana-profesional tan profunda como cada uno quiera

Ser médico es una actitud en la vida, y un compromiso con la sociedad a través de la profesión. Es difícil definir al médico que decide atender a adolescentes. De la misma manera que hay tantas formas de vivir la adolescencia como adolescentes, los profesionales de la medicina dedicados a la adolescencia ejercemos la profesión de maneras muy diferentes. A todos nos caracteriza el querer ayudar a los pacientes. Esta relación de ayuda tiene una parte técnica y otra humanista. Pocas veces en el ejercicio de la medicina estas dos vertientes están tan ligadas como en el trato con los adolescentes y sus problemas de salud.

El método que usamos en el trabajo es la Historia Clínica (HC). A través de ella establecemos una relación humana-profesional tan profunda como cada uno quiera. El método que usamos en el trabajo es la Historia Clínica (HC). A través de ella establecemos una relación humana-profesional tan profunda como cada uno quiera. En la HC se descubren los problemas y las necesidades de salud de los pacientes, y se ponen a prueba los conocimientos y las habilidades clínicas, éticas y jurídicas del médico⁽¹⁾.

La salud integral de los jóvenes debe ser considerada como un elemento básico para el desarrollo social y económico de los países del mundo y así lo han manifestado los representantes de todos los países en las discusiones técnicas que sobre el tema fueron llevadas a cabo durante la Asamblea Mundial de la Salud No. 42, en mayo de 1989⁽²⁾.

Los médicos coincidimos en asegurar que el ser humano es una unidad biopsicosocial, pero en la práctica los programas de salud concentran los esfuerzos en la esfera biológica. Este sesgo, presente en la atención de todos los grupos de población, tiene especial relevancia en la atención de los jóvenes y adolescentes. Esto ya fue demostrado en los años 70 en Canadá por Lalonde⁽³⁾: "Los desafíos que se le presentan a las políticas de salud son pasar de un modelo basado en la curación de las enfermedades para llegar a un modelo basado en la promoción de la salud, siendo la mejor herramienta para enfrentarse a las mismas."

Algunas características de la salud del adolescente se pueden resumir en: necesidad de orientación activa, uso del Sistema Nacional de Salud, crear espacios, tiempos y profesionales motivados.

Importancia de la atención primaria

En cualquier lugar asistencial con adolescentes se puede practicar la educación para la salud, la promoción de la salud y la prevención primaria, pero especialmente desde la Atención Primaria (AP).

La encuesta del 2002 sobre salud escolar (HBSC) detecta⁽⁴⁾:

1. Menor frecuencia de conductas saludables: alimentación adecuada, aumento del sedentarismo.
2. Disminución de la autoestima, dificultad para comunicarse con los padres (especialmente el padre).
4. Hay algunas diferencias respecto al género: Las chicas dedican más tiempo a estudiar, tienen mejor rendimiento, llevan a cabo menos conducta antisocial y participan menos que los chicos en episodios de malos tratos a sus compañeros. También las chicas se perciben con peor salud que los chicos.
5. Si se compara respecto a 1990 se observa una tendencia negativa respecto a: se saltan más comidas que entonces, son más sedentarios, son más los que fuman a diario y consumen más hachís y coca.
6. Ha mejorado la salud buco dental.
7. La importancia de atender con mayor premura a aquella población adolescente en la que se produce una acumulación de factores de riesgo (baja actividad física, mala alimentación, sedentarismo y obesidad, relaciones familiares problemáticas, pertenencia a grupos de iguales promotores, a su vez, de conductas de riesgo, mal ajuste escolar y personal, etc.).

La salud integral de los jóvenes debe ser considerada como un elemento básico para el desarrollo social y económico de los países del mundo

En cualquier lugar asistencial con adolescentes se puede practicar la educación para la salud, la promoción de la salud y la prevención primaria, pero especialmente desde la Atención Primaria

Se destaca la importancia de la presión del grupo, de forma que los programas de promoción de la salud deberían ser dirigidos al grupo para intentar crear una moda de conductas más saludables que mejoren la eficacia

8. Se destaca la importancia de la presión del grupo, de forma que los programas de promoción de la salud deberían ser dirigidos al grupo para intentar crear una moda de conductas más saludables que mejoren la eficacia.
9. Nunca antes los padres se han sentido más necesitados de ayuda. Este apoyo debería ser dirigido a explicar que es la adolescencia, los cambios familiares que origina, ayudar a resolver los conflictos y a aprovechar esta etapa como oportunidad de mejora.
10. La escuela aparece como recurso indispensable de educación para la salud.

Epidemiología de la adolescencia

“La situación actual de la población mundial se caracteriza por una diversidad y un cambio sin precedentes, que se concretan en nuevos patrones de fertilidad, mortalidad, migración, urbanización y envejecimiento.”⁵

En 2009 había en el mundo 1.200 millones de adolescentes, con edades comprendidas entre los 10 y 19 años, constituían el 18% de la población mundial. Desde 1950, el número de adolescentes ha aumentado más del doble. La gran mayoría de adolescentes (el 88%) vive en países en desarrollo.

En términos generales, 1 de cada 6 adolescentes vive en los países menos adelantados. En el mundo industrializado, los adolescentes sólo representan el 12% de la población, lo que refleja el marcado envejecimiento de Europa y en particular del Japón. A nivel mundial, la proporción de adolescentes dentro de la población total alcanzó su punto más alto en la década de 1980 con algo más del 20%⁽⁶⁾. Vivimos en un mundo de economía industrial, de consumo, de producción e industrial y siguiendo el modelo de aprendizaje de Bandura, todo lo que impregna nuestra sociedad nos condiciona y enseña ⁽⁷⁾.

En España la población adolescente entre 10 y 21 años según el Instituto Nacional de Estadística a fecha de octubre de 2012 era de 5.286.706 (11,5% de la población total). La población adolescente va disminuyendo lenta y progresivamente desde el año 1988⁽⁸⁾ (Tabla I).

En España en el año 2011 murieron 732 jóvenes entre los 10 y 19 años (227 entre 10 y 14 años y 505 entre 15 y 19 años), lo que representaba el 0,3% de la mortalidad de la población total. Los accidentes y actos violentos constituyen la principal causa de muerte; van seguidos por los tumores, neoplasias, enfermedades del aparato circulatorio, del respiratorio y del sistema nervioso⁽⁹⁾.

En abril del 2011 nos sorprendió una publicación en The Lancet usando las bases de datos de la Organización Mundial de la Salud para analizar las tasas de mortalidad en 50 países entre 1995 y 2004. Este informe decía: “Las tasas de muerte en los jóvenes de 15 años ahora son más altas que en los menores de 10 años en países de altos, medianos y bajos ingresos”. En particular, los índices de mortalidad de varones de 15 años son ahora dos o tres veces más altas que las de niños varones menores de 10 años”. “La mayoría de los fallecimientos ahora son causados por lesiones” ⁽¹⁰⁾.

“Las tasas de muerte en los jóvenes de 15 años ahora son más altas que en los menores de 10 años en países de altos, medianos y bajos ingresos”

Existe otra patología menos estudiada relacionada con el estilo de vida, la imagen corporal, las carencias afectivas y alteraciones en los vínculos, las somatizaciones. Incluso podríamos hablar de una patología oculta relacionada con la misma intimidad que aflora en otros síntomas y signos físicos. Esta patología está menos estudiada y de ella se tienen menos evidencias pero está presente en la clínica a diario. Para la Organización Mundial de la Salud OMS: el 70% de la mortalidad del adulto se debe a conductas iniciadas en adolescencia⁽¹¹⁾.

Fundamentos para la atención integral de los adolescentes

a. Marco legal

La atención a adolescentes genera conflictos entre valores jurídicos relevantes, de modo que se nos plantean dilemas éticos y legales. Los valores enfrentados suelen ser la intimidad del menor, el derecho a ejercitar la patria potestad de los padres, el derecho del adolescente a recibir información y a tomar sus propias decisiones con plena autonomía (consentimiento informado) en el ámbito de su salud. La mayoría de edad legal se establece a los 18 años en la Constitución Española (Art. 12).

Según el artículo 2 de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor, hace referencia al "MENOR MADURO": que establece "las limitaciones a la capacidad de obrar de los menores". Se trata de reconocer que no todos los menores de 18 años son inmaduros ni todos de más edad son maduros, sino aceptar en materia de salud la existencia de menores de 18 y mayores de 16 cierta capacidad de decisión. Esta categoría jurídica la otorga el profesional que una vez examinado considera que el menor es "capaz de entender el alcance de la intervención, intelectual y emocionalmente"⁽¹²⁾.

La atención a adolescentes genera conflictos entre valores jurídicos relevantes, de modo que se nos plantean dilemas éticos y legales

b. Adolescencia y derechos relativos a la salud

Algunas situaciones relacionadas con la salud, la intimidad, el derecho a la identidad, la nacionalidad, la desarrollo de la sexualidad etc., se han dado en llamar derechos personalísimos ya que son inalienables e irrenunciables. Otros derechos a la intimidad, el acceso a la Historia clínica, a la información sanitaria, a la autonomía y al consentimiento informado ⁽¹³⁾.

¿Quién atiende a los adolescentes en España?

En Europa los límites asistenciales son los 18 años. Hay tres tipos de países según el modelo de atención a los niños y adolescentes: países donde el niño es visto solamente por pediatras (Chequia, Eslovaquia, España, Eslovenia, Chipre, Grecia, Israel); países en que se atienden indistintamente por Pediatras y Médicos de Familia (Bélgica, Francia, Lituania, Suiza, Islandia, Luxemburgo, Hungría, Italia, Austria y Alemania) y países en que son los Médicos de Familia los responsables de la asistencia (Irlanda, Bulgaria, Noruega, Estonia, Dinamarca, Suecia, Holanda, Finlandia, Polonia, Reino Unido, Letonia y Portugal). Predomina el tipo de asistencia pública en más del 80% de la Unión Europea. El 40% de los pediatras trabajan en Atención Primaria. En 20 de los 29 países la formación profesional dura 5 años, 3 de los cuales son comunes y 2 de especialidad ⁽¹⁴⁾.

Cómo son nuestras consultas y como deberían ser

"...el pediatra es la puerta de entrada al sistema de salud de la población infantil y responsable de su atención integral." Real Decreto 137/1984 y La Ley General de Sanidad 14/1986."

La circunstancia más importante para atender a adolescentes, no es disponer de espacios bien diseñados, sino el dedicarles el tiempo suficiente

En nuestro sistema nacional de salud, los niños a partir de los 14 años son atendidos por los médicos de familia, y en los hospitales, en los servicios de medicina interna. Esta norma impide la asistencia integral al adolescente, sobre todo en la adolescencia media (14-16 años). Por parte de los pediatras, no existe un interés por esta edad, y prueba de ello es la escasa asistencia a los temas relacionados con la adolescencia.

La circunstancia más importante para atender a adolescentes, no es disponer de espacios bien diseñados, sino el dedicarles el tiempo suficiente. El adolescente entiende la incomodidad de algunos espacios, pero no entiende el poco tiempo que se le dedica, y que considera insuficiente para sentirse atendido. Cualquier espacio puede valer, siempre que se dedique tiempo a crear un ambiente de ayuda ⁽¹⁾.

Características físicas de una consulta de adolescencia

La red asistencial en España es suficiente y está infrautilizada en lo tocante a la asistencia a los adolescentes. En España el mapa asistencial está formado por Zonas Básicas de Salud y en cada una hay un Centro de Salud dotado de Médicos de familia, Pediatras, Enfermeras, Matronas, Trabajadores Sociales, Auxiliares de Clínica y Personal Administrativo. Cada varias Zonas Básicas de Salud existe un Hospital de 2º nivel.

En España se atienden adolescentes en la red asistencial convencional. No está reconocida la especialidad en Medicina de la Adolescencia y la edad está dividida entre la Medicina de Familia y la Pediatría en AP. En el hospital se sigue el modelo de las especialidades: menos de 14 años en los servicios de pediatría y mayores en Medicina Interna o las especialidades quirúrgicas.

A la hora de diseñar un modelo físico de infraestructura para atender a adolescentes creo interesante seguir el modelo publicado por Unicef en Argentina en colaboración con la Sociedad Argentina de Pediatría y Salud y Adolescencia, entre otras instituciones ¹⁵ ("Guía de recomendaciones para la Atención Integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad"). Estos espacios deben ser equitativos, accesibles, apropiados y efectivos y tendrán unas características:

Deben estar situados en lugares donde exista una mayor población de adolescentes. Garantizarán la privacidad. El espacio deberá estar separado de otras áreas de atención. Tendrán una señalización adecuada. En la sala de espera habrá la máxima información sobre los servicios al adolescente, incluidos horarios y consultas de urgencia.

a. Infraestructura

Recepción. Sala de espera para adolescentes, amigos y familiares donde se puedan realizar talleres sobre educación y promoción de la salud así como prevención primaria (vacunaciones pendientes, valoración del crecimiento, dinámicas familiares, valoración rendimiento escolar...)

Despacho de consultas individuales preparadas para personas con movilidad reducida.

Sala de reuniones. Servicios sanitarios próximos. Buzón para sugerencias.

b. Recursos humanos

Pediatras o Médicos de familia, personal de enfermería (dedicación exclusiva), auxiliar de clínica y trabajadora social (ambos con dedicación parcial). Los profesionales implicados en la atención clínica directa deberán tener una formación en el desarrollo biopsicosocial del adolescente, sobre el crecimiento, saber valorar las principales motivos de consulta y estar al corriente de la legislación que les afecta.

La ausencia de una infraestructura ideal, no es óbice para no procurar una atención de calidad. Por tanto se deberá buscar a los profesionales que por su perfil humano y académico sean los más idóneos para prestar la atención.

La ausencia de una infraestructura ideal, no es óbice para no procurar una atención de calidad

c. Objetivos de una consulta de Atención primaria para adolescentes

Organizar tareas de educación para la salud, de promoción de la salud y prevención primaria.

Identificar los problemas de salud prevalentes en la Zona Básica de salud.

Tener protocolos y guías escritas sobre los problemas identificados.

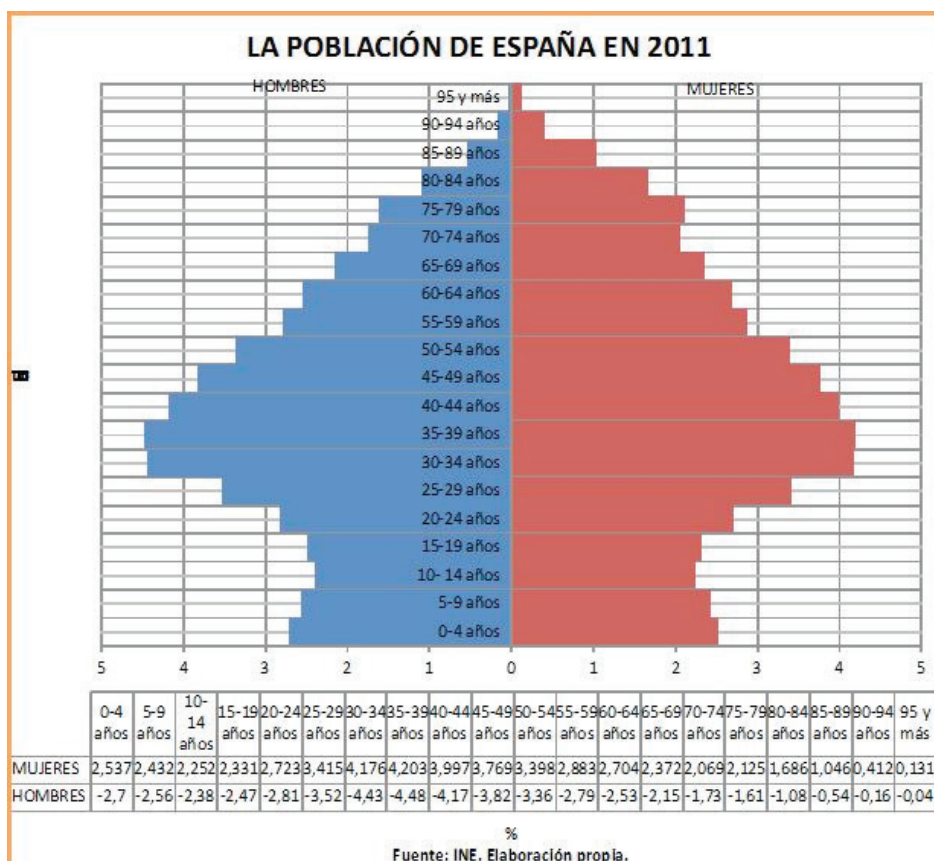
Organizar docencia a los MIR o EIR.

Participar en actividades comunitarias de divulgación.

Llevar un registro de actividades clínicas y asistenciales que puedan ser fuente de investigación y publicaciones.

Figuras

Figura 1



Preguntas tipo test

1. La característica más relevante en la atención al adolescente es:

- a) Disponibilidad.
- b) Satisfacción.
- c) Flexibilidad.
- d) Son ciertas a y b.
- e) Son ciertas todas las anteriores.

2. En la atención al adolescente en España ¿cuál no es cierta?

- a) Está muy poco desarrollada, no hay formación pregrado, postgrado ni MIR.
- b) Los profesionales sanitarios al no encontrarse preparados ni formados, rechazan al adolescente, la atención es más deficiente que en otras edades.
- c) Al adolescente lo atienden diferentes especialistas y no se le da una atención integral a su salud.
- d) Existen barreras para la atención del joven y se pierde en el sistema sanitario.
- e) Todas son ciertas.

3. ¿Qué es lo más importante en la entrevista con el adolescente?

- a) Un lugar adecuado y hacerse amigo del adolescente.
- b) Buen conocimiento técnico del desarrollo puberal.
- c) Conocer el lenguaje de moda entre los adolescentes.
- d) Conocer a la familia.
- e) Tratar al adolescente con respeto a su intimidad y no juzgar sus actos.

Respuestas en la página 116

Bibliografía

1. Rodríguez Molinero L. ¿Cómo atender al adolescente? *Adolescere* 2013; 1 (2): 15-21 <http://www.adolescenciaesema.org/como-atender-al-adolescente-luis-rodriguez-molinero-revista-adolescere-2013-i-2-15-21/>
2. Organización Mundial de la Salud. Documento Básico para las Discusiones Técnicas sobre la Salud de los Jóvenes. 42ª. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 1989.
3. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Government of Canada. 1974. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
4. Los adolescentes españoles y su salud. Ministerio de Sanidad y consumo. <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/adolesResumen.pdf>
5. La situación demográfica en el mundo 2014. Prefacio. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>
6. Naciones Unidas, Departamento de Economía y de Asuntos Sociales, División de Población, Perspectivas de Población en el Mundo: Revisión de 2008, www.esa.un.org/unpd/wpp2008/index.htm. <https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/Las-tendencias-demograficas.pdf>
7. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. A Bandura y R Walters. Alianza Editorial. 1990
8. Instituto Nacional de Estadística. Censo de población de 1998. Tomo 1. Resultados Nacionales. Características generales de la población. Madrid; 2011.
9. Instituto Nacional de Estadística. Censo de población de 2011. Tomo 1. Resultados Nacionales. Características generales de la población. Madrid, 2012.
10. 50-year mortality trends in children and young people: a study of 50 low-income, middle-income, and high-income countries Russell M Viner, Carolyn Coffey, Colin Mathers, Paul Bloem, Anthony Costello, John Santelli, George C Patton Russell M Viner, Carolyn Coffey, Colin Mathers, Paul Bloem, Anthony Costello, John Santelli, George C Patton *The Lancet* V 377 Issue 9772 pages 1162-1174, 2 april 2011
11. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Matilde Magdalena, MD, MPH; Paola Morello, MD, MPH; Francisca Infante-Espínola, Ed M Salud pública Méx vol.45 supl.1 Cuernavaca ene. 2003
12. Aspectos legales de la atención al adolescente. F. León Vázquez. 9º Curso AEPap. Madrid. 2012. http://cursosaeapap.exlibrisediciones.com/files/49-89-fichero/9º%20Curso_Asp%20legales%20de%20la%20atención.pdf
13. R. Molinero L y Jääkeläinen F. La atención al adolescente y los aspectos legales. *An Pediatr Contin*. 2014; 12:152-5 - Vol. 12 Núm.03 <http://www.apcontinuada.com/es/la-atencion-al-adolescente-los/articulo/90332762/>
14. Domínguez, B. y Valdivia, C.: La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo XXI. Informe SESPAS 2012. *Gac. Sanit.* 2012; 26(S):82-87
15. Guía de recomendaciones para la Atención Integral de adolescentes en espacios amigables y de calidad https://www.unicef.org/argentina/spanish/2012_Guia_Clinica_Sap_Unicef.pdf

Organización en la Atención Hospitalaria

G. Girard. Pediatra Especialista en Medicina de la Adolescencia. Doctor en Medicina y Miembro Emérito de la Sociedad de Medicina de Adolescentes de los Estados Unidos de América. Ex Coordinador del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, en el Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Resumen

El imaginario colectivo según el cual los y las adolescentes son individuos esencialmente sanos, ha llevado a que la medicina se ocupara poco de este grupo etario. Como lógica consecuencia a nivel mundial son insuficientes los recursos de salud a ellos destinados. Esto ha repercutido muy especialmente en la atención hospitalaria, donde este déficit se hace evidente. Los avances de la pediatría y nuevas medidas terapéuticas sobre enfermedades hasta hace poco consideradas incurables o mortales, permiten que lleguen a la adolescencia niños que hasta hace pocos años hubieran perecido, muchos de ellos sanos, pero un porcentaje digno de ser considerado con diferentes discapacidades o cronicidad. Se plantea en este artículo la necesidad de integrar servicios de salud, en los distintos niveles de atención que permitan hacerlo desde una estrategia de Atención Primaria. Se pone particular énfasis en la organización de la atención hospitalaria, tanto en la consulta externa, como en salas de internación y unidades de cuidados intensivos. Se detallan estrategias a implementar para el logro de objetivos destinados a lograr una atención interdisciplinaria integral para adolescentes.

Palabras clave: *Centros Hospitalarios para Adolescentes. Medicina de Adolescentes*

Abstract

The generalized idea that the adolescents represent a group essentially healthy has, as an outcome that medicine does not take care of them. All over the world the health resources towards adolescence are very poor. This is particularly evident at Hospital Units. Nowadays pediatric advances and several therapies allowed that children with different pathologies that usually were considered mortal can become adolescents or young adults. Most of them healthy but also a percentage of them, reach this period of life with disabilities or chronic illness. In this article we considered the importance of integration between different levels of complexity with the strategy on Primary Health Care. An especial scope is emphasized in organizing outpatient, inpatient and Intensive Care Units for adolescents. Finally different strategies are analyzed towards reaching the goals of a comprehensive and interdisciplinary health care.

Keywords: *Hospitals for Adolescents. Adolescent Medicine*

Introducción

Es imprescindible que la atención de los y las adolescentes se encuentre íntimamente ligada e integrada al Sistema de Salud de la comunidad, región o país en que se inserta. En el mundo en general esta integración dista mucho de ajustarse a la realidad.

En el campo de la medicina, los avances tecnológicos se traducen en el perfeccionamiento de procedimientos de diagnóstico y terapéuticos, que alargan las expectativas de vida de sectores poblacionales, pero a través de un encarecimiento de los costos que lleva a que los insumos novedosos y sofisticados no puedan ser aprovechados por la población en general. Mientras se gastan enormes cantidades de dinero en tecnologías o procedimientos destinados a tratar patologías poco frecuentes un gran sector de la población de la mayoría de los países carece de la posibilidad de acceder a medicamentos o terapéuticas elementales y por supuesto de un medioambiente y nutrición saludable los elementos más importantes para preservar la salud. Una vida saludable representa un bien y un derecho tan básico que esta inequidad resulta doblemente provocativa.

El concepto de **Atención Primaria de la Salud (APS)**, es corroborada por la declaración de Alma Ata en 1978 que la define como: "La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de responsabilidad y autodeterminación". En estos casi 40 años de la declaración, mucho se ha hablado y escrito sobre la APS, y muchos y diferentes son los criterios que son dables de encontrar en muchas publicaciones.

El error más frecuente que ha surgido desde entonces ha sido el de limitar la APS al 1º nivel de atención (centros de salud), o sea el correspondiente a una atención de baja complejidad. Erróneamente al Primer Nivel de Atención se lo suele considerar sinónimo de APS. Centros de salud, comunitarios o como se los denomine, no significa que en forma automática adopten para su funcionamiento la estrategia de APS, pese a que estos espacios son los que deberían cumplimentar la mayoría de esos objetivos debido a su cercanía con la comunidad.

Zurro y Cano en el año 2000⁽¹⁾, publicaron un compendio sobre la Atención Primaria de la Salud, definiendo con toda claridad que los elementos conceptuales están dados por ser:

- a) **Integrales**, consideran a la persona desde una perspectiva bio-psico-social.
- b) **Integrados**: interrelacionan los elementos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social que han de formar parte de las acciones desarrolladas.
- c) **Continuados y Permanentes**: a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo, etc.) y de cualquier circunstancia.
- d) **Activos**: los profesionales no pueden actuar como meros receptores pasivos de las demandas, han de trabajar activamente en los distintos aspectos de la atención.
- e) **Accesibles**: No deben existir dificultades importantes para poder tomar contacto y utilizar los recursos sanitarios.
- f) **Basados en trabajo en equipo**: Equipos de Salud Interdisciplinarios.

Es imprescindible que la atención de los y las adolescentes se encuentre íntimamente ligada e integrada al Sistema de Salud de la comunidad, región o país en que se inserta

- g) **Comunitarios y Participativos:** Proporcionan atención a los problemas de salud colectivos y no meramente individuales, basados en la participación activa de la comunidad, en distintas fases.
- h) **Programados y Evaluables:** Con objetivos, métodos, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación.
- i) **Docentes:** Actividades de docencia de pre y post grado, así como de formación continua de los profesionales.
- j) **De Investigación:** desde los distintos ámbitos en que la investigación se produce.

Desde la realidad debemos reconocer que la gran mayoría de los adolescentes se limitan a consultar al servicio de salud, ya sea cuando surge una enfermedad, patología o molestia puntual o para satisfacer trámites para completar un "apto físico" solicitado por la escuela, un club o la organización de una maratón, que ellos consideran meramente burocráticos

Luego de analizar los 10 elementos conceptuales, que buscan materializar la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, surge la pregunta: ¿Acaso alguno de ellos no es aplicable o no debiera ser aplicado a la medicina en nuestros Hospitales de alta complejidad?

La respuesta es sin duda afirmativa y de aplicarse, redundaría en forma inmediata en la calidad de los servicios. Hasta aquí hemos centrado estas reflexiones sobre la salud en general y no sobre los y las adolescentes, población mucho más sensible a todos y cada uno de estos aspectos.

Desde la realidad debemos reconocer que la gran mayoría de los adolescentes se limitan a consultar al servicio de salud, ya sea cuando surge una enfermedad, patología o molestia puntual o para satisfacer trámites para completar un "apto físico" solicitado por la escuela, un club o la organización de una maratón, que ellos consideran meramente burocráticos. Existen asimismo diferentes barreras, que existen en todos los niveles y que limitan la atención integral de adolescentes y jóvenes y que están dadas desde **el sistema** tales como: carencias de seguros de salud, difícil accesibilidad, trabas burocráticas, salas de espera atestadas, carencia de recursos humanos capacitados en tratar adolescentes, mal manejo de la confidencialidad, etc. Por parte del propio **adolescente** otras dificultades están dadas por: falta de motivación para controlar su salud, desconocimiento, dificultad en lidiar con el sistema burocrático, etc⁽²⁾.

Tradicionalmente la comunidad concurre a los servicios de salud principalmente en busca de la curación de patologías y mucho menos en todo lo que se refiere a la prevención y promoción de la Salud. La atención pediátrica suele ser una excepción a esta actitud en la medida que las familias han internalizado la necesidad de actuar en el nivel de prevención y promoción de una vida saludable con sus niños. Una actitud similar es también fundamental en la adolescencia donde más allá del motivo manifiesto de consulta se debe efectuar consejería sobre Hábitos de Vida Saludable, Uso Indebido de Sustancias, Salud Sexual y Reproductiva, etc.

En la adolescencia es donde más allá del motivo manifiesto de consulta se debe efectuar consejería sobre Hábitos de Vida Saludable, Uso Indebido de Sustancias, Salud Sexual y Reproductiva, etc.

Integración de servicios de salud

En la medida que los elementos conceptuales sean adoptados por los distintos efectores de salud, este solo hecho representaría una mayor integración entre los diferentes niveles, hecho imprescindible para mejorar la atención de todas las intervenciones en la población a la que las mismas se dirijan. Debemos reconocer que si bien todos estos lineamientos pueden obedecer a un marco lógico desde el punto de vista organizacional no se suelen dar en la realidad. En muchas ocasiones los Hospitales de Alta Complejidad que responden al Tercer Nivel de Atención, deben responder a una fuerte y permanente demanda de la comunidad, que les obliga a realizar acciones propias del 1º nivel, que es donde podrían ser más adecuadamente atendidas. Esto ocurre por diversas razones a saber: a) escaso desarrollo de los centros de 1º nivel, b) el "prestigio" de ciertas instituciones

hospitalarias, c) la falta de educación de la comunidad, d) la propaganda de los medios masivos, d) la escasa asignación de recursos a los centros de 1º nivel.

Una segunda integración es importante de destacar y es que la atención de la Salud en la Adolescencia tiene su basamento en la salud del niño, pero tiene también como objetivo la futura salud del joven primero, del adulto después y así sucesivamente en las diferentes etapas del desarrollo humano. En los últimos años muchas investigaciones se han centrado en la etapa de transición de la medicina de la adolescencia a la medicina de la adultez, transición también importante en todo lo relativo a enfermedades crónicas y discapacidad. Cada vez es más frecuente encontrar temas de adolescencia en Congresos de Medicina Interna o de Clínica en General que estaría indicando una toma de conciencia de esta necesidad, propia del encuadre de la OMS referida al Curso de Vida.

La atención de la Salud en la Adolescencia tiene su basamento en la salud del niño, pero tiene también como objetivo la futura salud del joven primero, del adulto después y así sucesivamente en las diferentes etapas del desarrollo humano

Etapas para la organización de un servicio hospitalario

Cualquier proceso organizativo debe en primer lugar contar con objetivos y metas a cumplir. Es en pos de esos objetivos que se irán formulando las diversas estrategias y etapas.

1º etapa. ¿Es necesario contar con un servicio hospitalario para la atención de adolescentes?

En el imaginario colectivo de la sociedad en general, incluso desde la medicina en particular, es habitual la aseveración de que la adolescencia es una etapa de la vida esencialmente sana y que en general no requiere de atención médica. Los indicadores estadísticos denominados “duros” por ejemplo los que miden tasas de mortalidad muestran en forma comparativa que la mortalidad infantil en diversos países es de 15 a 20 veces superior a la de los adolescentes y jóvenes. Con un indicador tan contundente no es difícil de explicar que la asignación de recursos este principalísimamente destinada a niños más pequeños. En la adolescencia alrededor del 60% de las defunciones son debidas a las llamadas causas externas (accidentes, suicidios, homicidios). No existen datos referidos a la morbilidad y/o motivos de consulta de la población en general, salvo los aportados por los centros diferenciados para la atención de adolescentes, que como tales no son extrapolables a la población en general.

En la adolescencia alrededor del 60% de las defunciones son debidas a las llamadas causas externas (accidentes, suicidios, homicidios)

Según el censo en España del INE en el año 2011, la población adolescente del país ascendía a 5286706 representando el 11,5% de la población total. En dicho año fallecieron 732 adolescentes, la mayoría de ellos por causas externas ⁽³⁾.

Algunos estudios referidos a la consulta en servicios de urgencia por el contrario, muestran cifras en los cuales la cantidad de adolescentes que recurren a los mismos es de alrededor del 10 al 15 % según los casos con respecto a la totalidad de casos atendidos y representa un número a tener en consideración ⁽⁴⁾.

Si contabilizamos la cantidad de adolescentes atendidos en servicios hospitalarios, (ya sea de pediatría, de clínica médica, de ginecología, traumatología, oncología y todas las especialidades médicas), también oscila alrededor de esa cifra, o sea que nos encontramos con un número no despreciable de adolescentes que recurren al sistema de salud, pero que no suelen regresar al mismo cuando el problema que urgía queda solucionado.

En nuestro medio fue clara la experiencia del servicio de Ginecología del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires. Al observar la importante cantidad de adolescentes que concurrían a sus consultorios externos, se realizó un estudio que demostró que el 65% de las adolescentes entrevistadas por primera vez no volvían a la consulta. Esos datos llevaron a la creación del Consultorio de Ginecología Infanto Juvenil, con un equipo de atención interdisciplinario (dos ginecólogos, una psicóloga y una asistente social). Al año de inaugurado la deserción de las adolescentes descendió al 28%, cifra que justificó plenamente su existencia ⁽⁵⁾.

Con los avances médicos hoy llegan a la adolescencia muchos niños que en otras épocas hubieron perecido en edades tempranas

Con los avances médicos hoy llegan a la adolescencia muchos niños que en otras épocas hubieron perecido en edades tempranas. Hasta hace pocos años se consideraba que los recién nacidos de pre-término que sobrevivían debían para ello pesar por encima de 1 Kg. de peso al nacer. Hoy es posible encontrar sobrevivientes en recién nacidos que han pesado 600/700 gramos y aún menos al momento de su nacimiento. Diversos diagnósticos oncológicos eran considerados fatales y hoy muchos de ellos sobreviven. Cuando surge en la década del 80 la epidemia de SIDA, cualquier recién nacido portador del virus por contagio vertical era raro que llegara al 2º año de vida y esto también ocurría con diversas patologías. Muchos de estos niños llegan sanos a la adolescencia pero no pocos lo hacen con diversas secuelas que requieren de una atención especializada. El niño y el adolescente no se comportan de la misma manera ante una enfermedad crónica y la adolescencia como etapa de cambio impacta fuertemente sobre la enfermedad, que tal vez desde la infancia se encontraba mejor compensada⁽⁶⁾.

Niños nacidos con discapacidad mental, como síndrome de Down, pueden ser diagnosticados intra-útero, y sometidos a una estimulación temprana que modifica sus niveles de discapacidad. Cuando llegan a la adolescencia lo hacen con una conciencia de enfermedad que antes no tenían. Desde ya representa un hecho positivo pero que requiere de profesionales capacitados para atender diversas problemáticas psicológicas que tiempo atrás no existían. Adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria, obesidad mórbida, déficit de crecimiento, patologías reumatológicas, enfermedades autoinmunes, insuficiencias respiratorias severas, patologías infecciosas graves, cardiopatías, enfermedades oncológicas, patologías psiquiátricas, etc. requieren de una atención hospitalaria dado que estas patologías no pueden ser atendidas exclusivamente en un 1º nivel de atención. Estos casos requerirán de los centros de alta complejidad, para su diagnóstico y/o tratamiento, ya sea en forma ambulatoria o de internación.

Por sus propias características evolutivas un adolescente no puede ser tratado como un niño y tampoco como un adulto

Por sus propias características evolutivas un adolescente no puede ser tratado como un niño y tampoco como un adulto. En la actualidad la salud es considerada un derecho humano fundamental y la legislación en muchos países propende a considerar a los adolescentes como sujetos de derecho con posibilidad de decidir sobre muchos aspectos entre ellos sobre su salud. Para poder evaluar el alcance de su involucramiento muchas legislaciones tienen en cuenta la autonomía progresiva de los y las adolescentes. Los avances de las neurociencias y la medicina mente cuerpo, cada día avanzan más en el sentido de contar para la recuperación de la salud, de la plena colaboración del paciente, más allá de las imprescindibles intervenciones médicas.

Resulta imprescindible entonces que los adolescentes sean atendidos también en centros de alta complejidad, en forma personalizada y acorde con la etapa de vida que están cursando, con requisitos que no pueden ser satisfechos en un 1º nivel. La mayoría de ellos serán atendidos en forma ambulatoria pero también, deberá disponerse de servicios diferenciados de internación o de cuidados intensivos, cuando la patología así lo requiera.

2º etapa. ¿Existe motivación para crear un servicio?

Responder a esta pregunta resulta fundamental para comenzar con la organización de un servicio diferenciado para atender a los y las adolescentes. Son muchas las necesidades que las autoridades hospitalarias deben atender y el paradigma tecno médico es el que suele prevalecer, dentro del cual es poco lo que se pueda destinar a servicios de adolescencia.

España no escapa a esta situación y en un estudio llevado a cabo, hace ya algunos años, en 73 Hospitales, con capacidad de camas que superaban las 500, después de descartar 8 por diversos motivos se consideraron 68.- De estos solo 3 contaban con unidades específicas de ingreso para adolescentes. De los 65 restantes el ingreso era a través de pediatría, atendiendo 55 de ellos hasta los 15 años, 3 hasta los 16, 3 hasta los 17 y 4 hasta los 18⁽⁷⁾. No he encontrado otro estudio similar al anteriormente citado aunque en los últimos años se han presentado mejoras en diferentes servicios diferenciados para adolescentes, algunos de ellos con importante aval político, lo que es auspicioso para el desarrollo de la Medicina de Adolescentes en el país⁽³⁾.

A nivel mundial, dos regiones y desde perspectivas diferentes generaron un número bastante considerable de Centros Diferenciados de 3º nivel, para atender adolescentes: Los Estados Unidos de Norte América y varios países de América Latina. El inicio fue a partir de profesionales visionarios. En EEUU, a través del Roswell Gallagher, un médico de reconocida trayectoria, que crea en la década del 50 del siglo pasado en Boston un Centro de Adolescencia (que persiste hasta nuestros días) y en forma casi paralela funda SAM (Society for Adolescent Medicine) que le va otorgando apoyo científico, educativo y también político. El éxito de este centro se va propagando y es pronto imitado por otros estados. Dos cofundadores de SAM son Latinoamericanas: Paula Pelaez de Chile y Nydia Gomez Ferrarotti de Argentina. Intentan hacer lo mismo pero en esos años la situación política de América Latina era muy compleja. La mayoría de los países de la región estaban regidos por gobiernos militares dictatoriales. Estas dos magníficas pioneras iban más rápido de lo que sus sociedades podían comprender. En esa época todo lo que significara empoderar a la adolescencia y juventud era no solo mal visto sino también considerado subversivo. El trabajo de estas dos brillantes mujeres no solo no fue apoyado, sino ellas mismas perseguidas y humilladas.

Pasaron 35 años y con los cambios políticos en la región, dado por el advenimiento de gobiernos democráticos, desde "las bases" fueron surgiendo, grupos primero aislados que conformaron sociedades científicas nacionales, que a la vez se unieron en confederaciones regionales, y así gradualmente se fueron insertando en el sistema de Salud. También se fue generando un cambio desde la Salud Pública. En la actualidad muchos países de América Latina cuentan con Programas Nacionales de Salud Integral en la Adolescencia, que permiten propender hacia Políticas Públicas dirigidas a la Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, basadas en derechos amparados por significativos cambios en la legislación vigente.

Dentro de los objetivos a alcanzar en los centros hospitalarios para la atención de adolescentes deben tenerse muy en cuenta y jerarquizarse aquellos propios que garanticen una docencia de pre y post grado motivadora y de calidad y una investigación actualizada y comprometida sobre la cambiante realidad de adolescentes y jóvenes.

3º etapa. ¿Con qué recursos contamos?

Los procesos básicos de cualquier proceso organizacional, comienzan por analizar la necesidad de lo que se va a crear, los recursos económicos, edificios y humanos con los que se cuenta.

En un Hospital de Alta Complejidad la Atención de Adolescentes debe comprender la Consulta Externa o Ambulatoria y las Salas de Internación.

Son muchas las necesidades que las autoridades hospitalarias deben atender y el paradigma tecno médico es el que suele prevalecer, dentro del cual es poco lo que se pueda destinar a servicios de adolescencia

La Consulta Externa Ambulatoria, debería ubicarse en un lugar de fácil accesibilidad, con varios consultorios, preferentemente interconectados entre sí, a los efectos de favorecer la comunicación de profesionales, que deben actuar en forma interdisciplinaria, para lo cual una sala de reuniones resulta imprescindible

La **Consulta Externa Ambulatoria**, debería ubicarse en un lugar de fácil accesibilidad, con varios consultorios, preferentemente interconectados entre sí, a los efectos de favorecer la comunicación de profesionales, que deben actuar en forma interdisciplinaria, para lo cual una sala de reuniones resulta imprescindible. El equipo mínimo debería estar constituido por un área clínica (medico clínico, pediatra, de familia o generalista y licenciado en nutrición), área de tocoginecología, área de salud mental (psicólogos, psicopedagogos y psiquiatras), área de trabajo social y enfermería. Todos estos profesionales deberían contar con una sólida capacitación en adolescencia y trabajar en forma interdisciplinaria. A partir de los mismos y de acuerdo con la correspondiente patología desde el centro se efectuarían las interconsultas que correspondan con los otros servicios del Hospital. Si bien en esos servicios no existirán áreas diferenciadas, corresponde identificar aquellos profesionales que tengan una actitud receptiva positiva hacia las y los adolescentes. El personal administrativo que los recibe, representa la puerta de ingreso al servicio y debe estar capacitado, motivado y predispuesto para trabajar con adolescentes.

Solucionados los problemas que motivaron la atención, ya sea de la alta complejidad, como la demanda espontánea y/o derivación de los centros de salud, los pacientes deben ser promovidos desde el hospital para continuar su atención futura en el 1º nivel de atención.

Sea cual sea el nivel del centro en que el adolescente sea atendido, debe cumplir las características que la Organización Mundial de la Salud definió como de **Centros Amigables** para los y las adolescentes. Aunque desde otros ángulos muchas de estas características están presentes en este artículo y la bibliografía al respecto es rica y abundante. ^(6,8,9)

Las Salas de Internación diferenciadas para adolescentes, representan un espacio de mayor complejidad que deberá organizarse en forma concordante con la patología esperable de atender según el Hospital del que se trate.

Las patologías más frecuentes que se suelen atender están dadas por cuadros de cirugía general, infecciosos, patologías respiratorias, procesos oncológicos, trastornos de la conducta alimentaria severos, enfermedades de etiología autoinmune, etc.

No puede pretenderse que todo paciente que ingrese a una internación hospitalaria lo haga a un servicio diferenciado para adolescentes. Variadas y específicas patologías requieren de un personal de enfermería especializado, o una infraestructura determinada imposible de atender en una sala de internación general. En esos casos se debe promover la conexión del equipo de adolescencia que concurra a las salas de internación de diferentes especialidades. Un caso particular y de mucha importancia, está dado por aquellas adolescentes embarazadas que estén internadas en Obstetricia ya sea a los efectos de parir o debido a cualquier otra causa obstétrica. Previa al alta debe establecerse la conexión con el equipo de Adolescencia, y una adecuada consejería sobre Salud Sexual y Reproductiva.

En otros casos son los médicos de las diversas especialidades que concurren al servicio de adolescencia ya sea para satisfacer interconsultas o consensuar conductas a seguir.

La internación de adolescentes, en la mayoría de los casos no suele ser muy prolongada pero en enfermedades crónicas complejas puede serlo

La internación de adolescentes, en la mayoría de los casos no suele ser muy prolongada pero en enfermedades crónicas complejas puede serlo. Cuando existe un servicio diferenciado o por edad los adolescentes comparten un espacio pediátrico, existen diversos programas que permiten continuar con el proceso educativo de los pacientes y esto desde ya no ocurre cuando se encuentran internados en servicios de adultos ⁽⁶⁾. Mas allá de la enfermedad en sí, no interrumpir o atenuar la pérdida de la escolaridad representa un hecho de trascendental importancia, tanto por los aspectos meramente educacionales como los sociales representados por la reinscripción post alta en sus escuelas o institutos.

Unidad de cuidados intensivos (UCI). Los servicios hospitalarios diferenciados para la atención de adolescentes, muy frecuentemente se encuentran localizados en Hospitales Pediátricos y otros en menor número en Hospitales Generales. Esto lleva a que cuando se requiera la atención de cuidados intensivos esto deba ser tenido en cuenta. El tratamiento de niños y adultos es totalmente diferente tanto por la capacitación que el equipo posee como por el instrumental requerido. Un abordaje lógico es que los adolescentes más pequeños sean atendidos por los internistas pediátricos y los más grandes por los internistas de adultos, corresponde en estos casos guiarse más por el tamaño y nivel de desarrollo alcanzado que por una mera edad cronológica. En cualquiera de los dos casos el equipo de salud que atendía o atenderá en el futuro al paciente en el servicio diferenciado establezca contacto con el adolescente sino lo conoce, o mantenga el vínculo ya establecido según correspondiera.

4º Etapa: ¿Cómo organizarlo?

Pretender acordar un esquema único de organización no sería factible dado que la misma debe adaptarse en cada caso a las características del Hospital y la comunidad en la que el mismo se inserta. Lo que sí corresponde es establecer los requisitos que se necesitan: recursos humanos capacitados para atenderlos, brindar un ambiente amigable para que los pacientes se sientan acogidos, bien recibidos, comprendidos y entendidos y destinar un espacio común tanto para la recreación como para la sociabilización son fundamentales. En un momento en que la enfermedad irrumpe e interrumpe el proceso evolutivo de un adolescente esto resulta fundamental.

Los procesos que llevan a la organización de un servicio suelen establecer los siguientes requisitos. 1) Validar la necesidad de lo que se va a implementar; 2) Fijar los objetivos y elaborar un estudio de las necesidades que se deberán satisfacer, 3) Identificar los recursos humanos disponibles; 4) Presupuesto adecuado para llevarlo a cabo. 4) Requisitos de infraestructura básicos que permitan poner el servicio en funcionamiento. 5) Hacer estudios "de mercado" que permitan identificar cuantos y quienes utilizarán los servicios 6) Costos que el proceso demandará y 7º) Su sustentabilidad en el tiempo.

Todo lo anteriormente expresado es la base de todo proceso organizacional. Lo podremos encontrar con más detalle en múltiples trabajos al respecto. Pero de pretender cumplir todos estos pasos previos a la "inauguración" de un servicio para adolescentes en centros de alta complejidad, considero que nunca lo lograríamos. Muchas veces el proceso se va dando en forma paulatina, se van creando las necesidades a medida que el número y la complejidad de las consultas lo van requiriendo y en la medida que las 4 etapas consignadas anteriormente estuvieran cumplimentadas. Solo a modo de ejemplo citaremos en el siguiente apartado una experiencia puntual.

Programa de adolescencia del Hospital de Clínicas José de San Martín, de la Universidad de Buenos Aires

El centro diferenciado de alta complejidad se comenzó con consultas ambulatorias en el Hospital, que hubieran podido haberse llevado a cabo en un centro de 1º nivel. Se constituyeron así los consultorios de adolescencia en Pediatría, Ginecología y Obstetricia, en estos consultorios se sumaron profesionales de Salud Mental (psicología, psicopedagogía, psiquiatría) y Trabajo Social. La necesidad de trabajar en forma interdisciplinaria se fue logrando en forma

Los procesos que llevan a la organización de un servicio suelen establecer los siguientes requisitos. 1) Validar la necesidad de lo que se va a implementar; 2) Fijar los objetivos y elaborar un estudio de las necesidades que se deberán satisfacer, 3) Identificar los recursos humanos disponibles; 4) Presupuesto adecuado para llevarlo a cabo. 4) Requisitos de infraestructura básicos que permitan poner el servicio en funcionamiento. 5) Hacer estudios "de mercado" que permitan identificar cuantos y quienes utilizarán los servicios 6) Costos que el proceso demandará y 7º) Su sustentabilidad en el tiempo

Muchas veces las instituciones hospitalarias no están dirigidas por profesionales capacitados, idóneos y motivados en lograr en primerísimo lugar por la Salud Integral de la población que debe atender. Cuando las Instituciones no pertenecen al Sistema Público de Salud los intereses económicos suelen prevalecer

Muchos sectores imbuidos de una mentalidad tecno médica no suelen reconocer lo que desde una estrategia de APS se puede lograr. La atención y rehabilitación de la Salud suele recibir mucha más atención que la prevención y la promoción. En hospitales de alta complejidad resulta más fácil obtener recursos para aparatología que un sueldo para un profesional de la salud

Muchas patologías de la edad adulta que comprometen su calidad de vida, se generaron en etapas anteriores y muy especialmente en la edad adolescente

paulatina, primero con reuniones semanales, en ateneos de lo que se llamó UDA (Unidad Docente de Adolescencia), este proceso llevó aproximadamente 10 años. Estos vínculos entre los profesionales de distintas disciplinas se fueron afianzando hasta que surgió la necesidad imperiosa de trabajar cotidianamente en un espacio común lo que llevo a crear el Programa de Adolescencia, aprovechando una coyuntura favorable por parte de la Dirección del Hospital y de la Facultad de Medicina. Este año el Programa se apresta a festejar sus 30 años de existencia.

Dentro y fuera del Hospital el Programa de Adolescencia fue siendo paulatinamente conocido y reconocido. A la actividad asistencial, sumó procesos docentes tanto de pre como de post grado como así también de investigación⁽¹⁰⁾. Las estadísticas de atención que periódicamente eran presentadas iban constituyendo la base de la necesidad de su funcionamiento. A través de todo este proceso fue siendo cada vez más necesario contar con un espacio diferenciado para la internación de adolescentes, y el mismo se logró en nuestro caso en el servicio de pediatría, que de por sí, al redimensionar la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, diseñó y asignó 8 camas para adolescentes.

5º etapa: ¿Como mantenerlo y darle sustentabilidad?

Todo haría suponer que cumplimentadas las anteriores 4 etapas esta surgiría como consecuencia del logro de las anteriores. Esto sin embargo no siempre ocurre. Muchas veces las instituciones hospitalarias no están dirigidas por profesionales capacitados, idóneos y motivados en lograr en primerísimo lugar por la Salud Integral de la población que debe atender. Cuando las Instituciones no pertenecen al Sistema Público de Salud los intereses económicos suelen prevalecer. Muchos sectores imbuidos de una mentalidad tecno médica no suelen reconocer lo que desde una estrategia de APS se puede lograr. La atención y rehabilitación de la Salud suele recibir mucha más atención que la prevención y la promoción. En hospitales de alta complejidad resulta más fácil obtener recursos para aparatología que un sueldo para un profesional de la salud.

A modo de conclusión

Etimológicamente la palabra hospital, se encuentra ligada a la hospitalidad o a lo hospitalario, pero indudablemente la mayoría de las veces esta cercanía entre ambos conceptos no es posible de encontrar, este requisito que comprende la receptividad es particularmente importante para adolescentes y jóvenes que son particularmente sensibles a este requerimiento.

Recientemente la Organización Mundial de la Salud incorporó el concepto de Curso de Vida, a los efectos de lograr un encuadre global de la salud. Muchas patologías de la edad adulta que comprometen su calidad de vida, se generaron en etapas anteriores y muy especialmente en la edad adolescente. Esto sin embargo es poco comprendido y concientizado por la sociedad en general. Enrique Dulanto Gutiérrez médico mexicano, pionero de la Medicina de Adolescentes en América Latina, afirmaba y preguntaba si acaso valía cuidar tanto al niño, si al llegar a la edad adolescente lo dejábamos abandonado a su suerte.

Desde fines del siglo XX, la adolescencia y la juventud se ha comenzado a valorar cada vez más. Ya no se considera una simple etapa de transición sino que adquiere características y valores por sí misma. También no pocas preocupaciones y angustias. La prevención, promoción, atención y recuperación de la Salud hoy más que nunca resultan imprescindibles.

Preguntas tipo test

1. **Sobre la organización de la consulta del adolescente en la atención hospitalaria, ¿cuál de las siguientes es cierta?**
 - a) Todos los hospitales tienen atención específica para adolescentes.
 - b) Un especialista en adolescencia debería coordinar las interconsultas (cierta, se evitarían consultas innecesarias).
 - c) En general los ingresos hospitalarios están separados físicamente de los de adultos.
 - d) La conexión médico de hospital y médico de atención primaria es óptima.
 - e) No es necesario comunicar que la confidencialidad puede tener límites.

2. **Sobre la organización e infraestructura de la consulta de adolescentes. Señale cual es la más acertada:**
 - a) En las consultas actuales es imposible atender adolescentes.
 - b) No me siento capacitado para seguir las recomendaciones de las principales guías de práctica clínica.
 - c) Aunque no tenga los conocimientos que se deberían tener para atender a adolescentes, considero que son pacientes como los demás y merecen respeto y atención.
 - d) Aunque no tenga los medios recomendados, mi actitud es considerar sus problemas y valorar su edad y su sensibilidad para orientar lo mejor posible.
 - e) La c y d son las correctas.

Respuestas en la página 116

Bibliografía

1. Zurro Martín A., Cano Pérez J.F. *Compendio de Atención Primaria*. Harcourt, 1º ed.2-3 Madrid, 2000.
2. Ammerman S.; Martín H.; *Atención del Adolescente: ¿Cuándo, cómo y dónde?* En *Medicina de la Adolescencia. Atención Integral*, de Hidalgo Vicario M.I., Redondo Romero A.M.; Castellano Barca G.; 2º edición, Ergon S.A, Madrid, 111-120.
3. Salmeron Ruiz N.A.; Casas Rivero J. "Problemas de Salud en la Adolescencia". *Pediatr. Integral XVII*,(2), 94-100. 2013.
4. Ruiz España A.; García García J.J.; Cubells Luaces C.; Romero Garrido R.; Fernandez Pou J.; *An. Esp. De Pediatr.* 54: 238-242, 2001.
5. Méndez Ribas J.M., Girard G.A. *Coll Ana, Calvo Stella, Villegas Delia*. *Arch.Arg.pediatría*; 101 1-6, 2003.
6. Goddard Patricia, Girard Gustavo: "El adolescente con enfermedad crónica o discapacidad" en *Medicina de la Adolescencia: Atención Integral*, de Hidalgo Vicario M.I., Redondo Romero A.M., Castellano Barca Germán, 2º edición, 1007-1018. Madrid 2012.
7. Ullán A.M.; Gonzalez Celador R.; Manzanera P. "El cuidado de los adolescentes en los hospitales españoles: los pacientes invisibles".
8. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. *Lineamientos para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*. https://www.unicef.org/argentina/.../2012_Guia_Clinica_Sap_Unicef.
9. *Salud Integral y Servicios Amigables para adolescentes y Jóvenes*. www.paho.org/.../index.php?...servicios-amigables-adolescentes-jovenes.
10. Méndez Ribas J.M.; Domínguez Elizabeth. "Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas Jose de San Martín: un modelo de atención interdisciplinaria del adolescente". En *Ginecología Infanto Juvenil: Un abordaje Interdisciplinario*. Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil, 791-796. Ed Journal. Buenos Aires. 2015.

Bibliografía Recomendada

1. Hidalgo Vicario M.I., Redondo Romero A.M. Castellano Barca G. *Medicina de la Adolescencia Atención Integral*. 2º edición. Ergón SA. Madrid, 2012.

Conclusiones

G. Castellano Barca. Pediatra. Consulta Joven. Torrelavega.

En atención primaria

Los adolescentes frecuentan poco las consultas porque tienen pocas necesidades en lo referente a la patología orgánica común, pero si precisan atención específica para problemas y/o especialidades como las siguientes:

- Psiquiatría
- Psicología
- Violencia y acoso en cualquier de sus formas
- Sexualidad
- Consumo de drogas legales e ilegales
- Trastornos de la conducta
- Trastornos del comportamiento alimentario
- Sobrepeso y obesidad
- Endocrinología
- Ginecología
- Accidentes
- Otras cuestiones

Creemos que facilitaría la asistencia a las consultas, y la eficacia sería mayor, si se llevaran a la práctica acciones sencillas pero que ahora no se contemplan teniendo en cuenta que hay Fundamentos para llevar a cabo una Atención Integral a los adolescentes basados en un Marco legal existente en España y en los Derechos relativos a la Salud.

1. Existencia de una Consulta Joven o Servicios Amigables de Salud para Adolescentes atendidos por pediatras, médicos de familia y enfermería, y con menor dedicación horaria una trabajadora social, hasta que pasen al médico de familia. Esa consulta podría ser de una hora algún día a la semana y dentro del horario oficial. Si eso no es posible debiera adecuarse la cita normal de alguna forma que permita disponer de más tiempo para adolescentes.
2. Sala de espera para adolescentes, familiares y amigos con buzón de sugerencias.

3. Garantía de la confidencialidad en los sistemas informáticos.
4. El pediatra que coordine la atención al adolescente debiera diseñar un plan para que la transición de pediatría a medicina de familia sea eficiente.
5. En los centros de salud donde haya sesiones clínicas debieran programarse algunas relacionadas con la medicina del adolescente.
6. En la medida de lo posible se hará llegar a médicos de familia y enfermería material docente de la especialidad: protocolos, guías.
7. Organizar docencia para los MIR o EIR.
8. Es absolutamente necesario que con el apoyo de los responsables sanitarios y directivos del centro de salud y atención primaria y especializada, se llegue a un acuerdo por el cual cuando haya que derivar un adolescente a un especialista la cita no se alargue e incluso se haga rápidamente para ciertas patologías o situaciones.
9. Es conveniente que el pediatra referente de adolescencia, y con el acuerdo y apoyo de los demás colegas pueda tener la capacidad para decidir el tipo de derivación, a especialidad u hospital.
10. Es necesario mejorar la comunicación-relación entre Centro de Salud y Hospital.
11. Deben existir mecanismos para evaluar los programas y las intervenciones sanitarias que se lleven a cabo, así como un sistema eficiente de recogida de datos.

En atención hospitalaria

Desde finales de siglo XX se califica a la adolescencia como una etapa del Curso de Vida con entidad propia, no solo una transición. Las consultas hospitalarias son necesarias para abordar problemas oncológicos, quirúrgicos, psiquiátricos, infecciosos y otras patologías que pueden requerir consulta o ingreso hospitalario.

Dando por hecho que el Hospital es necesario en la atención a los adolescentes se transmitirán a los gestores sanitarios las siguientes reflexiones:

- A. Motivación para crear un servicio hospitalario.
- B. Con qué recursos contamos: Consultas externas, Salas de ingreso, UCI.
- C. Como organizarlo.
- D. Como mantenerlo y darle sustentabilidad.

Pueden mejorar la atención las siguientes actuaciones:

1. El hospital moderno debe añadir a sus funciones específicas la proyección social en todo lo relativo a la Salud Integral centrada en la persona como parte de las Políticas Públicas. Debe ocuparse de la prevención, promoción de la salud y atención a los pacientes.

2. Debe mejorarse la relación-comunicación entre hospital y las bases sanitarias que son los centros de salud o de atención primaria.
3. Es deseable que en hospital exista un pediatra coordinador para decidir en algunos casos no bien definidos el tipo de derivación que necesita el adolescente, lo que evitaría consultas innecesarias, repetidas o solapadas.
4. Si las posibilidades organizativas lo permiten ese pediatra responsable de adolescencia puede contactar con el adolescente ingresado ofreciéndole su ayuda, complementaria a la del especialista que le atiende, ejerciendo a modo de tutor sanitario.
5. Todos los hospitales desarrollan sesiones clínicas y actividades científicas entre las cuales debe estar las relacionadas con medicina de la adolescencia.
6. Los ingresos hospitalarios de adolescente deben estar separados de los de adultos y niños, bien porque haya una unidad específica, o reservando habitaciones para adolescentes en ciertas áreas del hospital.
7. Es necesaria la buena comunicación entre el medico de hospital y pediatra o médico de familia, lo que redundará en una mejor calidad asistencial, y humaniza todo lo relacionado con la enfermedad.
8. Debe existir en el hospital una base de datos referente a la casuística atendida con el fin de obtener datos e información, que actualmente es escasa.
9. La Unidad de Atención al Adolescente debe evaluar sus actividades para conocer y mejorar el funcionamiento si fuera preciso.

Bibliografía

1. Rodríguez Molinero L. ¿Cómo atender al adolescente? *Adolescere* 2013; 1 (2):15-21.
2. Entrevista clínica del adolescente. G. Castellano Barca. M.I Hidalgo Vicario. *Medicina de la Adolescencia. Atención Integral*. Hidalgo Vicario M.I Redondo Romero A. M; Castellano Barca G; 2ª edición 2012 Editorial Ergon S.A, 11-18.
3. T.J. Silber. Perfil del médico que atiende adolescentes. *Medicina de la Adolescencia. Atención Integral*. Hidalgo Vicario M.I; Redondo Romero A.M; Castellano Barca G; 2ª edición 2012. Editorial Ergón S.A; 19-22.
4. M.N. Martín Espildora, R. Altisent Trota, M.T Delgado Marroquin. La intimidad, la confidencialidad y el secreto médico en la relación clínica con los adolescentes. *Bioética y Pediatría. Manuel de los Reyes López, Marta Sánchez Jacob. Sociedad de Pediatría de Castilla-La Mancha. Editorial Ergón 2010.*; 341-349.
5. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Lineamientos para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/.../2012_Guia_Clinica_Sap_Unicef

La entrevista al adolescente

J. Casas Rivero(*), J.L. Iglesias Diz()** (*) Pediatra Unidad de Medicina de la Adolescencia. Hospital Universitario La Paz Madrid. (**) Pediatra Acreditado en Medicina de la Adolescencia. Santiago.

Adolescere 2015; III (2): 64-68

<https://www.adolescenciasema.org/la-entrevista-al-adolescente/>

Tecnologías de la información y la comunicación. Problemas y soluciones (TICs)

M.A. Salmerón Ruiz, J. Casas Rivero, F. Guerrero Alzola. Servicio de Pediatra. Unidad de adolescencia del Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid.

Resumen

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) son una gran oportunidad para los niños y los adolescentes, no se trata de prohibir si no de educar en valores y en un uso seguro, responsable y adecuado. Las TIC también tienen riesgos y es importante conocerlos para poder protegerse adecuadamente de ellos y es necesario que sean conocidos por los profesionales de la salud porque muchos de ellos impactan directamente y de forma negativa sobre el niño, su bienestar físico y mental. El riesgo con mayor impacto sobre la salud es el ciberacoso por la alta probabilidad de depresión grave y suicidio. El riesgo que afecta con mayor frecuencia al niño es el acceso a información inadecuada para la edad.

Palabras clave: *Problematic internet, Cyber bullying, internet addiction*

Abstract

Information and Communication Technologies (ICTs) are a great opportunity for children and adolescents. It is not a question of prohibiting, rather than educating in values and using them as safe, responsible and appropriate. ICTs also have risks and it is important to know them in order to be able to adequately protect themselves from them and it is

necessary for them to be known by health professionals because many of them have directly and negatively impact the child's physical and mental well-being. The risk with the greatest impact on health is cyberbullying because of the high probability of serious depression and suicide. The risk most often affecting the child is access to information that is inadequate for age.

Keywords: *Problematic internet, cyber bullying, internet addiction*

1. Oportunidades y riesgos de las TIC

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) son una gran oportunidad para los niños y los adolescentes, no se trata de prohibir si no de educar en valores y en un uso seguro, responsable y adecuado.

Las TIC también tienen riesgos y es importante conocerlos para poder protegerse adecuadamente de ellos y es necesario que sean conocidos por los profesionales de la salud porque muchos de ellos impactan directamente y de forma negativa sobre el niño, su bienestar físico y mental⁽¹⁾.

Para entender los riesgos de las TIC hay que diferenciar dos etapas diferentes:

- En los **menores de dos años**. Es una etapa crucial en el desarrollo psicosocial: el establecimiento del apego y el desarrollo del vínculo, el desarrollo de la psicomotricidad fina y gruesa junto con el establecimiento del lenguaje son imprescindibles en esta edad. Por otro lado el aprendizaje del control de las frustraciones y los tiempos es otro elemento básico. Se sabe que el uso de pantallas en esta edad de forma habitual interfiere directamente en el desarrollo y en el sueño, por tanto el mensaje es que **los menores de dos años no deben usar las TIC**⁽²⁻⁵⁾.
- En los preadolescentes y adolescentes. El riesgo **más frecuente es el acceso a información inadecuada o inexacta para la edad y el que entraña mayor riesgo es el ciberacoso** por la alta probabilidad de depresión grave y suicidio. Pero no son los únicos: conducta adictiva a internet, el uso de mensajería instantánea durante la conducción o antes de ir a la cama, la exposición a la radiofrecuencia y los videojuegos también impactan sobre la salud⁽⁶⁾.

El ciberacoso escolar o cyberbullying

El ciberacoso es el acoso ejercido de forma reiterada a través de internet con la intencionalidad de provocar un daño. Cuando el acosador y la víctima son menores y no existe un fin sexual se denomina ciberacoso escolar o cyberbullying. Si el acosador es un adulto o hay diferencia de edad entre el acosador y la víctima y existe un fin sexual, se denomina grooming⁽⁷⁾.

En el informe publicado por Save the Children en 2016, se realizó un estudio transversal en España n=21.487 alumnos de entre 12-16 años, un 5,8% habían sufrido ciberacoso escolar ocasional y un 1.1% frecuente. En este informe hacen una serie de recomendaciones para mejorar la prevención, la detección y la intervención desde un punto de vista integral e interdisciplinar⁽⁸⁾.

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) son una gran oportunidad para los niños y los adolescentes, no se trata de prohibir si no de educar en valores y en un uso seguro, responsable y adecuado

El riesgo más frecuente es el acceso a información inadecuada o inexacta para la edad y el que entraña mayor riesgo es el ciberacoso por la alta probabilidad de depresión grave y suicidio

Es importante que los pediatras lo conozcan porque en múltiples ocasiones son los primeros profesionales consultados por patología psicosomática, como cefalea, dolor abdominal o insomnio, los cuales esconden detrás un caso de ciberacoso y, evidentemente, si no se sospecha, no se pregunta y por tanto, no se diagnostica.

Conducta adictiva a internet

La conducta adictiva a Internet (CAI) es definida como un patrón de comportamiento caracterizado por la pérdida de control sobre el uso de Internet. Provocando ansiedad y síntomas psicológicos de dependencia.

Para su diagnóstico tienen que cumplir 5 de los siguientes 6 criterios⁽⁹⁾:

- Aumento progresivo del tiempo que se pasa en internet
- Imposibilidad de reducir el uso de internet con sentimientos de ansiedad y depresión
- Estar en internet más tiempo del planificado inicialmente
- Pérdida de amistades o de otras oportunidades debido al uso de internet
- Mentir para ocultar el tiempo que se pasa en internet
- Usar internet para escapar de sentimientos negativos

En un estudio transversal realizado en 7 países Europa, en el que participó España, con una muestra de 13.300 adolescentes entre 14 y 17 años. El 21.3% de los adolescentes españoles tenían conducta disfuncional a internet (el país con mayor % de Europa) y el 1.1% presentaba adicción a internet. Más frecuente en hombres entre 16-17 años con nivel educativo medio, bajo. Las conductas que más se asociaron con la CAI fueron el juego con apuestas on line, redes sociales y juego on line sin apostar dinero. Ver vídeos no se asociaba con CAI y usar internet para buscar información era un factor protector. Estos hallazgos han sido similares a otros estudios⁽¹⁰⁾.

La CAI se ha relacionado con psicopatología, alteraciones orgánicas y cerebrales aunque son insuficientes los estudios actuales al ser la mayoría transversales, de escaso tamaño muestral y utilizan diferente terminología por lo que no son comparables entre sí⁽⁶⁾.

Uso de mensajería instantánea

El uso de mensajería instantánea (tipo WhatsApp) se ha relacionado con trastornos del sueño como el insomnio y aumento de los accidentes de tráfico de bicicletas, ciclomotores y peatones⁽⁶⁾.

Vídeo juegos

Los videojuegos se han relacionado con pérdida del autocontrol, conductas impulsivas, aumento de conductas agresivas y violentas, así como un aumento del IMC, sin embargo estudios recientes con mayor tamaño muestral no han podido demostrarlo. Probablemente dependerá

La conducta adictiva a Internet (CAI) es definida como un patrón de comportamiento caracterizado por la pérdida de control sobre el uso de Internet

Los videojuegos se han relacionado con pérdida del autocontrol, conductas impulsivas, aumentos de conductas agresivas y violentas, así como un aumento del IMC, sin embargo estudios recientes con mayor tamaño muestral no han podido demostrarlo

del tipo de juego (los de estrategia se han relacionado con una mayor capacidad de solución de problemas), del tiempo de exposición, de la existencia o no de factores protectores y de la comorbilidad de cada paciente.

Información inadecuada o inexacta para la edad

Es el riesgo al que los niños y adolescentes están expuestos con mayor frecuencia. El impacto es muy variado desde la desinformación o la creencia de información no veraz hasta el acceso a la pornografía y conductas violentas.

Respecto a la pornografía, parece tener un impacto al normalizar conductas sexuales violentas o agresivas como normales, también se ha relacionado con una mayor frecuencia de conductas sexuales de riesgo entre los adolescentes que consumen pornografía frente a los que no. El mayor impacto está entre los niños que acceden a la pornografía sin buscar dichos contenidos.

La exposición continuada a contenidos violentos favorece la normalización de dichas conductas especialmente en poblaciones vulnerables con pacientes que tienen comorbilidad psiquiátrica.

La exposición continuada a contenidos violentos favorece la normalización de dichas conductas especialmente en poblaciones vulnerables con pacientes que tienen comorbilidad psiquiátrica

2. Prevención en las TIC

La prevención terciaria va encaminada al adecuado abordaje de los casos en los que ya se han establecido los riesgos, sin embargo éste seminario va encaminado fundamentalmente a la prevención primaria y secundaria.

Prevención primaria⁽⁷⁾

La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición de los riesgos por un uso inadecuado de internet, no se trata de prohibir su uso si no de educar. El personal sanitario orientará sus actuaciones a la familia, a los niños y a los adolescentes, además de colaborar con las actividades que se realicen en coordinación con otros profesionales como los realizados en el entorno educativo o policial.

Serán múltiples las oportunidades, ya sea en los controles periódicos de salud o en forma espontánea aprovechando otro motivo de consulta, en las que se podrán dar pautas a los padres sobre el uso adecuado, responsable y seguro de las TIC por parte de sus hijos.

Se aconsejará sobre la incorporación gradual y a edades adecuadas de los menores al mundo digital, transmitiendo la necesidad de dialogar y planificar su utilización, evitando su uso en los menores de 2 años. Así, ellos podrán aprender a convivir con esta tecnología bajo la supervisión paterna conociendo los riesgos que su utilización conlleva, su derecho a la privacidad y siendo educados en valores de respeto hacia los demás.

En edades escolares, las actividades preventivas del personal sanitario se dirigirán, además, directamente al niño y al adolescente en consultas programadas de revisión de salud o por demanda asistencial, para indicarles pautas sobre el uso seguro y responsable de las TIC y alertarles sobre sus riesgos.

Se aconsejará sobre la incorporación gradual y a edades adecuadas de los menores al mundo digital, transmitiendo la necesidad de dialogar y planificar su utilización, evitando su uso en los menores de 2 años

Es imprescindible fomentar los factores protectores y que los niños y adolescentes conozcan el buen uso de la red:

- Manejo adecuado de la identidad digital. La identidad digital, por tanto, puede ser definida como el conjunto de la información sobre un individuo o una organización expuesta en Internet (personales, imágenes, registros, noticias, comentarios, etc.) que conforma una descripción de dicha persona en el plano digital.

Actualmente los límites entre la identidad analógica y digital, es decir, entre quien soy y quién soy en Internet, son cada vez más difusos. Resulta interesante por lo tanto hablar de una identidad cada día más unitaria y global que se desarrolla y actúa constantemente y de forma paralela en la vida cotidiana de cada persona, adultos en general y menores en particular. Así, la identidad es el resultado de la vida diaria, de lo que se hace y se publica en redes sociales personales y profesionales, de los comentarios en foros y blogs, de las imágenes subidas a Internet, de los videos publicados en YouTube o de la opinión de nuestros contactos y seguidores. Se habla por lo tanto de una identidad que se conforma por lo que se sube a Internet de cada persona, tanto por ella misma como por amigos, compañeros, familiares, etc., por lo que esa identidad a veces puede dar una imagen no muy real de su persona; todo dependerá de lo que uno y los demás muestren⁽¹¹⁾.

- Comportamiento en línea y net etiqueta. Netiqueta es el código social de Internet basado en un principio fundamental, la Regla de Oro de la Humanidad: "Nunca obres con los demás lo que no quieras que obren contigo." Confucio. Este término surge para establecer unas normas de buenas maneras a tener en cuenta en el uso de Internet. Estas normas se pueden comparar con las reglas de etiqueta del mundo real. Si se hace una comparación con los protocolos que se utilizan en la vida real la netiqueta establecería el protocolo al establecer "contacto" electrónico⁽¹²⁾.
- Fomentar la mediación parental en los conflictos.
- Gestión de la privacidad. La privacidad en Internet se refiere al control de la información personal que posee un usuario que se conecta a la Red, interactuando con otros usuarios o por medio de diversos servicios en línea con los que intercambia datos durante la navegación. La privacidad debe entenderse como "un tesoro" que se comparte con los más cercanos y no se deja al alcance de personas desconocidas o ajenas a nuestra confianza. Por ello, llevar a cabo una buena gestión de la privacidad es muy importante para evitar problemas y estafas ya que los datos personales no solo dicen el nombre y el domicilio, sino que además definen a la persona, mostrando aficiones, gustos, tendencias o creencias. Si no se protege esa información, puede ser usada de forma fraudulenta⁽¹³⁾.

Prevención secundaria⁽⁷⁾

El objetivo de la prevención secundaria es detectar precozmente los riesgos. Para ello es muy importante la formación de todos los profesionales implicados, de los padres y la sensibilización de toda la sociedad en general. Ante cualquier síntoma psicossomático, demanda de salud o problemas de conductas hay que preguntar sobre los riesgos TIC.

Actualmente los límites entre la identidad analógica y digital, es decir, entre quien soy y quién soy en Internet, son cada vez más difusos

Netiqueta es el código social de Internet basado en un principio fundamental, la Regla de Oro de la Humanidad: "Nunca obres con los demás lo que no quieras que obren contigo." Confucio

Ante cualquier síntoma psicossomático, demanda de salud o problemas de conductas hay que preguntar sobre los riesgos TIC

Bibliografía

1. Salmerón Ruiz M.A. Guía clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. *Cuadernos de pediatría social* 2015; 21: 12-13.
2. Radesky JS, Silverstein M, Zuckerman B, Christakis DA. Infant self-regulation and early childhood media exposure. *Pediatrics*. 2014;133(5):1172-8.
3. Anand V, Downs SM, Bauer NS, Carroll AE. Prevalence of infant television viewing and maternal depression symptoms. *J Dev Behav Pediatr*. 2014;35(3):216-24.
4. Duch H, Fisher EM, Ensari I, Harrington A. Screen time use in children under 3 years old: a systematic review of correlates. *J Behav Nutr Phys Act*. 2013;23;10:102.
5. Vanderloo LM. Screen-viewing among preschoolers in childcare: a systematic review. *BMC Pediatr*. 2014;16(14):1-16.
6. Jacobson C, Bailin A, Milanaik R, Adesman A. Adolescent Health Implications of New Age Technology. *Pediatr Clin N Am*. 2016;63:183-194.
7. Grupo de trabajo de la Guía Clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. 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. 2015. Descargar en <http://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/07/Gu%C3%ADa-de-ciberacoso-para-profesionales-de-la-salud-1.pdf>.
8. Save The Children. Yo a eso no juego. 2016. Descargar en https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/yo_a_eso_no_juego.pdf
9. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Vols. 1 and 2. 8th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
10. Investigación sobre conductas adictivas a internet entre los adolescentes europeos. Funded by the European Union Safer internet plus. Descargar en http://www.protegeles.com/docs/estudio_conductas_internet.pdf
11. Red.es. Monográfico gestión de la privacidad e identidad digital. "Capacitación en materia de seguridad TIC para padres, madres, tutores y educadores de menores de edad". Sitio web: http://www.chavales.es/chavales/sites/default/files/Monografico%20Gestion%20de%20la%20privacidad%20e%20identidad%20digital_Red.es.pdf.
12. Abogacía española. (2013). Netiqueta móvil: código de buenas maneras. 2015, de Red Abogacía Sitio web: <http://www.abogacia.es/2013/04/22/netiqueta-movil-codigo-de-buenas-practicas/>

Urgencias psiquiátricas en la adolescencia

P. Sanchez Mascaraque. Centro de salud mental de Coslada. Hospital Infantil Niño Jesús.

Resumen

Se presentan cuatro casos clínicos que pueden ser representativos de algunas de las urgencias psiquiátricas más frecuentes en la adolescencia. Se describe la clínica, se plantea un diagnóstico y se propone un tratamiento sobre todo centrado en la intervención urgente, discutiendo la indicación o no de ingreso psiquiátrico urgente.

Palabras clave: *Clave Adolescentes. Urgencias Psiquiátricas. Pediatría*

Abstract

There are four clinical cases that may be represent some of the most frequent psychiatric emergencies in adolescence. The clinic is described, a diagnosis is made, and a treatment is proposed, mainly focused on urgent intervention, discussing the indication or not of urgent psychiatric admission.

Keywords: *Adolescents. Psychiatric Emergencies. Pediatrics*

Introducción

Las urgencias psiquiátricas en la adolescencia han aumentado en los últimos años. La repercusión en la actividad asistencial del pediatra dependerá de si trabaja en Atención Primaria o en un hospital. Las urgencias hospitalarias reciben niños con graves problemas de conductas heteroagresivas, episodios de agitación psicomotriz, intentos autolíticos, conductas autolesivas, intoxicaciones y trastornos de la conducta alimentaria, entre otras patologías, con necesidad de valorar la indicación un ingreso hospitalario. Uno de los problemas que se plantean es que por lo general, los Servicios de Urgencias no tienen ningún área específica para la atención de estos pacientes y mucho menos un psiquiatra infantil disponible. Por otra parte es habitual que no haya cama en la Unidades de Hospitalización Psiquiátrica para Adolescentes ya que en la actualidad son insuficientes y suele haber lista de espera para ingresar, esto hace que en una primera intervención el pediatra se haga cargo tanto de la evaluación como del ingreso hasta la valoración psiquiátrica. La buena disposición de los profesionales hace posible solventar estas dificultades.

Uno de los problemas que se plantean es que por lo general, los Servicios de Urgencias no tienen ningún área específica para la atención de estos pacientes y mucho menos un psiquiatra infantil disponible

En las consultas de Atención Primaria y con las largas listas de espera que hay en los Centros de Salud Mental, el pediatra debe decidir qué caso es motivo de derivación urgente

Se considera una urgencia psiquiátrica en la adolescencia a un proceso que genera suficiente tensión emocional para que el adolescente y su familia consideren difícil el control de la situación

En las consultas de Atención Primaria y con las largas listas de espera que hay en los Centros de Salud Mental, el pediatra debe decidir qué caso es motivo de derivación urgente. Son motivos de considerar esta decisión entre otros: la expresión por parte del adolescente de ideación autolítica en la consulta, el hallazgo casual o no de autolesiones, la información de que consume tóxicos o el detectar tras múltiples visitas por quejas físicas inespecíficas que el paciente tiene algún tipo de patología psicósomática. Si un adolescente nos informa de que es víctima de acoso escolar también puede ser necesaria una intervención urgente⁽¹⁾.

El aumento de la prevalencia de urgencias psiquiátricas sigue una distribución por sexos. Aparece una asociación significativa entre los trastornos de conducta y uso de sustancias en varones y las conductas autolesivas y los trastornos de conducta alimentaria en las chicas⁽²⁾.

Se considera una urgencia psiquiátrica en la adolescencia a un proceso que genera suficiente tensión emocional para que el adolescente y su familia consideren difícil el control de la situación. Los objetivos básicos de la actuación médica son atenuar la sintomatología aguda, detectar el riesgo de auto o heteroagresividad y valorar la necesidad de ingreso psiquiátrico. Siempre es necesaria una evaluación médica previa que descarte una causa orgánica subyacente y estabilice al paciente si es necesario.

En este capítulo se van a abordar algunas urgencias psiquiátricas en adolescentes con casos clínicos concretos y una pequeña revisión teórica al respecto.

Caso clínico 1

Motivo de Consulta: Amenazas autolíticas.

Enfermedad Actual: Adolescente de 17 años de edad, la 3ª de 5 hermanos, remitida por su pediatra porque la paciente le ha dicho en consulta que tiene intención de suicidarse.

En su historia personal destaca que fue diagnosticada a los seis años de edad de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y desde entonces ha seguido tratamiento privado con metilfenidato y desde hace unos meses con lisdanfetamina. Arrastra dificultades académicas, está en su curso pero con enorme esfuerzo y necesidad de ayudas extraescolares. No ha repetido ningún curso pero este año ha iniciado 1º de bachillerato y sus notas son muy malas. Por otra parte, siempre ha tenido dificultad para relacionarse con sus iguales por su impulsividad y también por su hipersensibilidad al rechazo social y falta de iniciativa para iniciar relaciones sociales.

En el último año se le han acumulado fracasos académicos y sociales quedándose sin amigas. Expresa sentirse una inútil, tonta e "invisible" para las otras niñas. En su familia percibe decepción en sus padres y ser un problema para ellos. Sus hermanos son buenos estudiantes y sin problemas psicológicos. Su colegio es privado, muy exigente y con negativa a hacer a la niña las adaptaciones curriculares que precisaría.

En los últimos meses se ha realizado múltiples cortes en los brazos, hace llamadas constantes de atención, expresa quejas físicas inespecíficas, tiene sensación constante de insatisfacción, ánimo deprimido, irritabilidad e ideación autolítica.

Realiza desde hace dos años psicoterapia y sigue tratamiento farmacológico con lisdanfetamina 30 mg, sertralina 100 mg, venlafaxina 75 mg, y aripiprazol 5 mg.

Su psicoterapeuta la deriva para gestionar un ingreso psiquiátrico urgente porque le ha expresado que ya no aguanta más y se va a matar.

A propósito de este caso vamos a revisar la **valoración de los intentos autolíticos en la adolescencia**. La valoración de riesgo suicida debe incluir:

Peligrosidad del método elegido. Intencionalidad real de muerte. Posibilidades de ser descubierto. Existencia de mensajes o cartas de despedida. Presencia de un diagnóstico psiquiátrico en especial depresión. Intentos previos. Historia de suicidios en la familia. Factores familiares y sociales.

Los principales criterios de hospitalización son⁽³⁾:

- Características del suicidio: alta letalidad de la conducta suicida, alta intencionalidad suicida, persistencia de la ideación suicida, agitación, irritabilidad, actitud amenazante.
- Existencia de trastornos psiquiátricos: depresión, psicosis, consumo de tóxicos.
- Características familiares: maltrato, trastorno psiquiátrico grave de los padres, familia incapaz de controlar la situación, familia incapaz de responsabilizarse de un tratamiento ambulatorio y o abandono del tratamiento ambulatorio.

En nuestro caso y tras entrevista con la paciente y su familia se descarta un riesgo alto de suicidio. La paciente ha pensado como método autolítico la ingesta de psicofármacos, desconoce su capacidad de letalidad, realmente no desea morir y nunca lo haría pensando en sus padres, nunca ha pensado en planificarlo, no ha habido intentos previos, su familia tiene una actitud sensata y de fuerte apoyo a su hija, no hay psicopatología familiar ni historia de suicidios en la familia, consigue hacer planes de futuro y se ha propuesto decir a sus padres que quiere abandonar bachillerato y hacer formación profesional.

Con la historia clínica y la exploración psicopatológica se le hacen los siguientes diagnósticos.

Juicio Clínico: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Depresión. Personalidad con rasgos de inmadurez, impulsividad e inestabilidad emocional sin que lleguen a configurar un trastorno de personalidad.

La actitud terapéutica que se toma es la siguiente: Se descarta ingreso psiquiátrico urgente. Se planifica una intervención centrada en mejorar la comunicación familiar. Se propone un cambio de colegio buscando experiencias de éxito. Psicoterapia individual centrada en sus dificultades sociales. Mantener la medicación para su hiperactividad y depresión. Si cambia la clínica y aparece intencionalidad suicida volver a reevaluar un posible ingreso.

Se toma la decisión de no hacer un ingreso psiquiátrico en base a no haber intentos autolíticos previos, no encontrarse intencionalidad suicida, no haber antecedentes psiquiátricos familiares y existir una buena contención familiar con disposición a colaborar en el tratamiento. Aparece como factor de riesgo la presencia de depresión, pero la niña hace planes de futuro, planifica un cambio de estudios y no se encuentra desesperanzada.

Las ventajas de un ingreso hospitalario habrían sido garantizar la contención, valoración de la intencionalidad de forma más tranquila, monitorizar el ajuste farmacológico y revisar el diagnóstico si hay dudas.

Pero no hay que olvidar que un ingreso psiquiátrico en un adolescente tiene desventajas, en primer lugar el contagio con el entorno con imitación de nuevas conductas patológicas y el aprendizaje del papel de enferma psiquiátrica con las ganancias consiguientes.

La valoración de riesgo suicida debe incluir: Peligrosidad del método elegido. Intencionalidad real de muerte. Existencia de mensajes o cartas de despedida. Presencia de un diagnóstico psiquiátrico en especial depresión. Intentos previos. Historia de suicidios en la familia. Factores familiares y sociales

Los principales criterios de hospitalización por suicidio son: características del suicidio, existencia de trastornos psiquiátricos, características familiares

Caso clínico 2

Motivo de Consulta: Conducta heteroagresiva.

Enfermedad Actual: Adolescente de 15 años de edad, es traído a urgencias del hospital por la policía tras haber agredido a su madre en el contexto de una discusión familiar.

En su historia personal destaca la presencia de problemas de conducta desde su infancia temprana con una marcada dificultad para aceptar las normas y los límites, con conductas agresivas ante la frustración, mal control de la ira con tendencia al resentimiento, rabietas, retos y desafíos a las figuras de autoridad y mal humor e irritabilidad persistentes. Durante la escolarización primaria ha ido consiguiendo los objetivos académicos con problemas de conducta sobre todo en el entorno familiar que han sido aceptablemente controlados.

Con el inicio del instituto y la educación secundaria los problemas se han agravado con aparición de conductas de agresividad verbal y física hacia sus padres cuando intentan ponerle límites, abandono de sus responsabilidades escolares, mentiras, novillos, hurtos y retos a los profesores con graves faltas de respeto que han originado varias expulsiones del instituto.

El mes previo había sido atendido en urgencias por intoxicación etílica. En urgencias refiere que pegó a su madre porque le quiso castigar quitándole el móvil y se descontroló porque no puede vivir sin él, se muestra arrepentido y avergonzado.

En la analítica de tóxicos en orina aparece cannabis, los padres refieren que ya sabían que consumía drogas y que incluso trapicheaba con ellas y que su conducta se ha vuelto muy agresiva coincidiendo con el consumo de tóxicos.

Los padres no presentan patología psiquiátrica. El abuelo paterno era alcohólico y había malos tratos en la familia.

Los trastornos de conducta en varones adolescentes han aumentado su prevalencia y constituyen una de las causas más frecuentes de urgencias en psiquiatría infantil.

Los diagnósticos que se plantean son los siguientes: Trastorno Negativista Desafiante. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Trastorno Disocial. Consumo de Tóxicos. Trastorno de Personalidad.

La indicación de ingreso psiquiátrico en estos casos se hace en base al riesgo hacia su entorno o hacia el mismo o si aparecen amenazas de autolisis. El tratamiento farmacológico es sintomático y la intervención debe ser fundamentalmente psicosocial. Es frecuente encontrar un ambiente familiar caótico con discrepancias educativas entre los padres, separaciones conflictivas y patología psiquiátrica en los progenitores.

En nuestro caso el adolescente había sido diagnosticado de trastorno negativista desafiante y seguía tratamiento psicoterapéutico y farmacológico con risperidona 3 mg día.

En la historia clínica se encontraron síntomas sugerentes de hiperactividad además de los propios del trastorno negativista desafiante.

Se descartó el ingreso hospitalario por deseo de los padres, en urgencias desapareció la agresividad con contención verbal. En base a la historia clínica y la exploración psicopatológica se hacen los siguientes diagnósticos.

Los trastornos de conducta en varones adolescentes han aumentado su prevalencia y constituyen una de las causas más frecuentes de urgencias en psiquiatría infantil

Juicio Clínico: Trastorno Negativista Desafiante. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Consumo de Tóxicos y Trastorno Disocial.

En este caso como en otros los problemas conductuales sin repercusión académica habían ocultado el diagnóstico de TDAH privándole de un tratamiento farmacológico que quizá habría condicionado una mejor evolución.

La actitud terapéutica que se tomó fue: Asociar metilfenidato al risperdal. Centrar la intervención en el consumo de tóxicos ya que su inicio se identificó como claro factor de mal pronóstico. Iniciar intervención familiar para unificar criterios educativos y compartir responsabilidad. Abordaje conductual con retirada de privilegios enseñando a discriminar las conductas más graves. Si no mejora su conducta en el instituto derivación a un CET (Centro Educativo Terapéutico). En caso de repetirse un episodio de agresividad llamar al 112 y reconsiderar la necesidad de ingreso hospitalario.

Caso clínico 3

Motivo de Consulta: Autolesiones.

Enfermedad Actual: Adolescente de 15 años de edad remitida por su médico de familia por hallazgo casual de múltiples cortes superficiales en los brazos.

Partiendo de una obesidad previa, esta niña empezó a perder peso hasta 9 kg en seis meses, su madre descubre que está vomitando por lo que alarmada la lleva al médico.

En la actualidad pesa 51 kg y mide 155cm. Vomita casi a diario sobre todo la merienda en la que ingiere muchos dulces y también cuando sale con amigas a comer. Se corta desde hace meses, una amiga también lo hace y se lo contó. Se hace cortes en los brazos tras discusiones con sus padres, tras recibir castigos, o después de haber tenido problemas con las compañeras del colegio. Cuando se le pregunta por qué lo hace responde que le tranquiliza, otras veces es para combatir la sensación de vacío que en ocasiones tiene. Su estado de ánimo es inestable, con bajones en los que llora sobre todo por la noche y piensa que su vida es un asco. Ha tenido ideación autolítica ocasional sin deseos reales de quitarse la vida ni morir. Coincidiendo con estos síntomas ha dejado de estudiar, su conducta ha empeorado, no respeta normas, presenta desafíos y retos a profesores, novillos y peleas con sus iguales llegando a estar agresiva. Tiene la mano derecha con heridas como consecuencia de un golpe contra la pared "para no pegar a una niña". No hay consumo de tóxicos ni alcohol.

En su biografía destaca que es de origen ecuatoriano, su padre abandonó a la familia cuando ella tenía 8 años y tuvo otra hija con su pareja, volvió a los 3 años, ella nunca le ha perdonado. Iba a un colegio público pero la cambiaron a un concertado hace dos años porque a sus padres no les gustaban sus amigas. No se ha adaptado al nuevo centro escolar, piensa que son unas pijas y que se burlan de ella porque no es muy lista y por como viste. Se encuentra sola y sin amigas y se quiere cambiar a un colegio público.

La madre nos advierte de que muchas cosas de las que dice son mentira y de que manipula y provoca discusiones entre los padres para conseguir sus objetivos. Denunció a su padre de que la pegaba y la familia está en seguimiento en Servicios Sociales. En base a la historia clínica y la exploración psicopatológica se hacen los siguientes diagnósticos:

Juicio Clínico: Autolesiones. Bulimias. Inestabilidad emocional. Conflictividad familiar.

Las autolesiones se han convertido en una urgencia psiquiátrica frecuente. Este diagnóstico no está presente como tal en el DSM-V. Se puede definir como "provocar daño de forma deliberada en el propio cuerpo, principalmente a través de cortes pero también en forma de quemaduras y abuso de drogas, alcohol y otras sustancias" (Mental Health Foundation 2000)

Las autolesiones se han convertido en una urgencia psiquiátrica frecuente. Este diagnóstico no está presente como tal en el DSM-V. Se puede definir como "provocar daño de forma deliberada en el propio cuerpo, principalmente a través de cortes pero también en forma de quemaduras y abuso de drogas, alcohol y otras sustancias" (Mental Health Foundation 2000).

Estas conductas han ido aumentando en especial en las adolescentes sin que se sepa a ciencia cierta cuál es la causa. La Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente elaboró un protocolo sobre su abordaje.

Se consideran factores de riesgo de conducta autolesiva en adolescentes:

1. Características personales: Escasa capacidad de solución de problemas, impulsividad, desesperanza, ira y hostilidad.
2. Presencia de trastorno psiquiátrico: Depresión, abuso de sustancias, trastorno de conducta y síntomas psicóticos.
3. Características familiares: Vivir sólo con uno de sus padres, problemas de convivencia entre los padres y falta de calidez en las relaciones familiares.
4. Medios de comunicación: por contagio social.

Cada vez se presta más atención al valor predictivo de las autolesiones como factor de riesgo de un futuro intento de suicidio. En este sentido se señalan dos estudios⁽⁴⁾ que demuestran que si cesan las autolesiones disminuye el riesgo de pensamientos y conductas suicidas y en el otro estudio⁽⁵⁾ con 400 adolescentes con autolesiones se concluye que la existencia de depresión y su severidad se asocia claramente con el paso a ideación e intentos autolíticos y que los pacientes que utilizaban más de un método para autolesionarse y métodos cada vez más peligrosos y que tenían más conductas de riesgo tenían más intentos de suicidio en el seguimiento a dos años.

La autolesión como manera de huir de emociones o pensamientos negativos puede derivar a un intento de suicidio si no consigue mitigar esos estados.

Evolución y tratamiento: Volviendo al caso clínico, esta paciente tiene muchos factores de riesgo: impulsividad, ira, escasa capacidad de solución de problemas, conductas de riesgo (bulimias, agresividad), utiliza más de un método de autolesión (cortes y golpes) y hay problemas entre sus padres muy graves.

En la evolución hizo un intento autolítico con ingesta medicamentosa voluntaria de topiramato y fluoxetina que se le había pautado en la última cita en consultas.

Tras el gesto auto lítico se decidió ingreso psiquiátrico urgente en Unidad de Psiquiatría por falta de crítica, expresión de profunda desesperanza y pesimismo en cuanto al futuro sin ser capaz de ver solución a sus problemas. Tras el alta se derivó a Hospital de Día.

Caso clínico 4

Motivo de Consulta: Movimientos clónicos.

Enfermedad Actual: Niño de 12 años de edad derivado desde un Servicio de Urgencias hospitalarias donde fue llevado por sus padres por presentar en el colegio un episodio que sugería la existencia de clínica neurológica. Dicho episodio consistía en movimientos de abrir y cerrar la boca de forma exagerada, mover la cabeza de un lado a otro, mover de forma descoordinada un brazo y una pierna y decir que veía doble. Valorado en la urgencia, la exploración física es incongruente, los síntomas ceden con técnicas de distracción y la exploración neurológica cuando

el niño está tranquilo es normal. Historiando al paciente presenta antecedentes de bronquiolitis los dos primeros años de vida y laringitis graves de repetición por reflujo gastroesofágico. Con 5 años se le practicó tratamiento quirúrgico Nissen. En la evolución estos síntomas de apariencia neurológica remitieron pero a la semana presenta una tos persistente que interfiere de forma grave en su vida e impide su escolarización. La tos no responde a los tratamientos habituales y no se encuentra patología física que la justifique. Ante estos hallazgos y la sospecha de que los síntomas sean psicógenos se deriva al niño a la consulta de psiquiatría infantil.

Los padres comentan que todos los síntomas han coincidido con que ha tenido que hacer un trabajo en equipo porque en su colegio están potenciando el trabajo cooperativo. Su hijo siempre ha tenido dificultades para comprender el significado de compartir, ceder, perder, esperar. El día que le llevaron a urgencias se había quedado sin grupo de trabajo porque ningún niño se quería poner con él.

En la exploración se ve que es un niño torpe motrizmente, evita contacto ocular, tiene estereotipias motoras, gesticula en exceso, habla con lenguaje adultomorfo y entonación peculiar y monopoliza la conversación hablando de un videojuego al que dedica horas y en el que es un experto recurriendo a él obsesivamente aunque se saque otro tema de conversación.

En su desarrollo psicomotor no hay retrasos evolutivos, nunca ha tenido problemas de aprendizaje, tiene hecha una evaluación neuropsicológica con un WISCIV que informa de un cociente intelectual de 126. En los informes escolares reseñan su dificultad para hacer amigos, no comparte los intereses de los niños de su edad y se enfada con facilidad cuando algo no le sale como él quiere. Sus padres han aprendido a controlar sus enfados anticipándole lo que tiene que hacer aunque no lo entienda.

En este caso clínico se plantean diferentes psicopatologías. Los síntomas físicos inexplicables que presenta estarían encuadrados en los trastornos de síntomas somáticos⁽⁶⁾ los movimientos clónicos y la tos serían trastornos conversivos. El estrés que supone para este paciente el trabajo en equipo estaría en la psicogénesis de ambos. El antecedente de sus enfermedades médicas (reflujo, laringitis) se describe como factor de riesgo de patología psicósomática, los niños aprenden que el papel de enfermo conlleva atención y abandono de responsabilidades.

Por otra parte al explorar al niño surge la impresión clínica de que tiene un trastorno del espectro autista en base a su interacción social peculiar, con evitación del contacto ocular, gesticulación excesiva con manierismos, estereotipias, alteración del lenguaje pragmático, rigidez cognitiva e intereses repetitivos recurrentes.

Los diagnósticos clínicos que se plantean son:

- Trastorno del Espectro Autista Leve sin retraso mental, sin enfermedad neurológica ni pediátrica.
- Trastorno por Síntomas Somáticos, cuadros conversivos remitidos.

El tratamiento que se propone es:

- Identificar las fuentes de estrés y dar herramientas al niño para afrontarlo.
- Se pautó fluoxetina 10 mg con remisión de la tos.
- Imprescindible hacer un informe escolar para que el colegio entienda las dificultades del niño y pedir una adaptación curricular no académica pero si social.
- Asesoramiento familiar.

En los Trastornos del Espectro autista suele ser frecuente la comorbilidad psiquiátrica con TDAH, tics, trastornos de ansiedad. Por lo que se recomienda un seguimiento psiquiátrico.

En los Trastornos del Espectro Autista suele ser frecuente la comorbilidad psiquiátrica con TDAH, tics, trastornos de ansiedad. Por lo que se recomienda un seguimiento psiquiátrico

Preguntas tipo test

1. Sobre el tratamiento farmacológico de la hiperactividad o TDAH, con Metilfenidato señale la respuesta correcta:

- a) Es conveniente retrasar en lo posible el inicio del tratamiento farmacológico, para ver si la adolescencia induce mejoría en los síntomas.
- b) La efectividad del mismo es muy reducida.
- c) Se debe utilizar desde la edad escolar en todos los casos, para evitar la progresión de los síntomas.
- d) La efectividad del mismo es elevada.
- e) Ninguna es correcta.

2. Respecto al tratamiento del TDAH ¿cuál no es cierta?

- a) El tratamiento del TDAH es farmacológico.
- b) El tratamiento del TDAH es: Psicoducción-conductual, académico y farmacológico.
- c) Los fármacos estimulantes bloquean el transportador y de esa forma la recaptación de dopamina y noradrenalina en el espacio intersináptico.
- d) La lisdexanfetamina es un profármaco inactivo fuera del cuerpo humano.
- e) Los tratamientos farmacológicos son eficaces, seguros y bien tolerados.

3. Sobre los efectos secundarios del metilfenidato, señale la correcta:

- a) Afecta gravemente al crecimiento.
- b) Dos de los efectos secundarios más frecuentes son el insomnio de conciliación y la pérdida de apetito.
- c) Si se observa algún efecto secundario, se debe interrumpir el tratamiento en todos los casos, ya que jamás desaparecen con el tiempo.
- d) El metilfenidato suele afectar a la función renal, por lo que es necesario realizar análisis de orina periódicamente.
- e) Ninguna es cierta.

Respuestas en la página 116

Bibliografía

1. Megan L. Ranney, John V. Patena, Nicole Nugent et al. PTSD, cyberbullying and peer violence: prevalence and correlates among adolescents emergency department patient. *General Hospital Psychiatry*. March-April 2016 Vo.39 32-38
2. Montserrat Porter, Rebeca gracia, Joan Carles Oliva, Montserrat Pamías y col. *Mental Health Emergencies in Pediatric Services: Characteristics, Diagnostic Stability and Gender differences*. *Actas Esp Psiquiatr* 2016;44(6):203-11
3. María Jesús Mardomingo. *Suicidio e intentos de suicidio. Tratado de Psiquiatría del Niño y el Adolescente*; 683-714. Editorial Díaz de Santos, 2015
4. Koenig J, Brunner R, Fischer-Waldschmidt G et al. *Prospectiv risk for suicidal thoughts and behaviour in adolescents with onset, maintenance or cessation of direct self-injurious behaviour*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Aug 24
5. Jeremy G. Stewart, Erika C. Esposito, Catherine R. Glenn et al. *Adolescents self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters*. *Journal of Psychiatric Research* 84 (2017) 105-112
6. P.Sánchez Mascaraque y F. Guerrero Alzola. "Actualización del Trastorno Psicopatológico en la infancia y la adolescencia" *www.pediatriaintegral.es* 2017; XXI (1): 32-38

Trabajar con adolescentes: ¿cómo y dónde?

L. Rodríguez Molinero⁽¹⁾, G. Castellano Barca⁽²⁾. ⁽¹⁾Doctor en Medicina. Pediatra Doctor en Medicina. Acreditado en Medicina de la Adolescencia. Consulta de adolescentes Hospital Campo Grande, Valladolid.
⁽²⁾ Pediatra Acreditado en Medicina de la Adolescencia. Consulta de adolescentes Instituto "Marqués de Santillana" Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Se denomina entre nosotros "taller" a una técnica de comunicación y aprendizaje que pretende conjugar las evidencias con la realidad práctica de cada uno. Por eso tratamos de evitar el discurso magistral y resaltar las dificultades o facilidades que encontramos para realizar nuestro trabajo. La base, a partir de una exposición, es crear un clima interactivo para que todos podamos aprender. Llevamos algunos años asistiendo a adolescentes, no solamente en consulta, también en las familias y diferentes grupos sociales, incluidos los medios de difusión, tan importantes en la educación para la salud. Y desde el comienzo hasta ahora han cambiado las circunstancias (nosotros también) y hemos sido capaces de adaptarnos a lo que nos viene. Con estas premisas nos disponemos a realizar este taller que va a consistir en una exposición teórica y varios casos clínicos detallados donde poner en práctica muchos aspectos de nuestro quehacer. Adjuntamos un anexo con cuestionarios que facilitan y complementan la herramienta más importante en Medicina, la Historia Clínica. La bibliografía pretende ilustrar sobre ciertos artículos que pueden ayudar a los interesados a aumentar conocimientos.

Palabras clave: *Trabajar con adolescentes, taller, comunicación, educación*

Abstract

We call a "workshop" to a technique of communication and learning that seeks to combine the evidence with the practical reality of each one. That is why we try to avoid the masterly discourse and highlight the difficulties or facilities that we find to carry out our work. The basis, from an exhibition, is to create an interactive climate so that we can all learn. We have been assisting adolescents for some years, not only in consultation, but also in families and different social groups, including the media, so important in health education. From the beginning until now the circumstances have changed (we too) and we have been able to adapt to what is coming. With these premises we are preparing to

Talleres simultáneos

Trabajar con adolescentes: ¿cómo y dónde?

carry out this workshop which will consist of a theoretical exposition and several detailed clinical cases where to put into practice many aspects of our work. Attached is an annex with questionnaires that facilitate and complement the most important tool in Medicine, Clinical History. These references intend to illustrate certain articles that can help stakeholders to increase their knowledge.

Keywords: *working with adolescents, workshop, communication, education*

Introducción

Los adolescentes (10 a 18 años) acuden poco a las consultas médicas, porque en general no lo necesitan para la patología orgánica común, pero sí precisan atención de especialidades como Psiquiatría, Psicología, Ginecología, Endocrinología, y otras.

Si hace una década las preocupaciones eran los trastornos del comportamiento alimentario, las drogas legales e ilegales o los accidentes, ahora han irrumpido de forma preocupante el acoso en cualquiera de sus variantes, el uso inadecuado de las nuevas tecnologías entre las cuales las redes sociales se han convertido en un medio de comunicación preferente entre los adolescentes, el consumo de alcohol en menores con 13 o 14 años, o la violencia, que ha repuntado. A todo lo anterior añadamos el aumento de adolescentes con sobrepeso, la obesidad y una alarmante falta de actividad física. Por supuesto, sigue vigente la preocupación por el embarazo, los problemas relacionados con la sexualidad, los que mencionábamos como frecuentes hace una década, y otros.

Por otra parte se afirma que las etapas de la vida no son compartimentos estancos, y así la adolescencia recibe influencia de la infancia, la juventud de la adolescencia etc. La osteoporosis post-menopáusica también guarda relación con los primeros años de la vida. Es lo que se llama Curso de la Vida.

Dónde y cómo

Se puede atender a los adolescentes en la consulta clásica del Centro de Salud o en la consulta hospitalaria, pero también se puede desarrollar como acompañamiento en clínicas móviles, escuelas, clubes deportivos, asociaciones u otros lugares. Pueden tener especial relevancia la Consulta Joven en Centro de Salud, también llamada en Suramérica Servicios Amigables de Salud para Adolescentes, y la Consulta Joven en institutos, centros de formación profesional etc.

En la Consulta Joven en Centro de Salud pueden desempeñar el trabajo pediatras, médicos de familia y enfermería, ayudados por una trabajadora social, quizá con menor dedicación horaria, buscando una fórmula para que algún día a la semana, al menos, haya un tiempo para atender adolescentes, y disponibilidad para atender situaciones urgentes cualquier otro día. Así mismo debe establecerse un acuerdo con algunas especialidades, para que si se necesita derivar un paciente sea atendido con prontitud, ya que no tiene sentido incluirle, para algunas patologías, en el sistema general de citas, con larga espera por lo general.

Es deseable que el pediatra que conoce la historia del paciente coordine esa atención y se encargue de promover sesiones clínicas específicas así como difundir información científica, al tiempo que se hace docencia para MIR o EIR. Se debe garantizar la confidencialidad y fomentar

Han irrumpido de forma preocupante el acoso en cualquiera de sus variantes, el uso inadecuado de las nuevas tecnologías entre las cuales las redes sociales se han convertido en un medio de comunicación preferente entre los adolescentes

Se puede atender a los adolescentes en la consulta clásica del Centro de Salud o en la consulta hospitalaria, pero también se puede desarrollar como acompañamiento en clínicas móviles, escuelas, clubes deportivos, asociaciones u otros lugares

la conexión fácil con el hospital de referencia, así como establecer algún sistema para recogida de datos, que en la actualidad no están bien desarrollados por lo general, y para la evaluación de las vicisitudes sanitarias, algo que no se hace habitualmente.

En el caso de la consulta en centros educativos para alumnos y familias, los sanitarios acuden a los centros de enseñanza dentro del horario laboral con posibilidades diversas, por ejemplo, día y hora fija un día a la semana, o cita a través de la conserjería donde se cumplimenta un impreso y o cita por teléfono. Esto sobre todo para las familias, ya que a los alumnos se les puede atender en los descansos entre las clases o fuera de ellas, previo acuerdo con la dirección del centro, que es quien ha promovido la existencia de esa consulta de acuerdo con las autoridades educativas y sanitarias.

Por lo general, la consulta en institutos es más distendida que en los centros sanitarios. Acuden a título individual o en pequeños grupos de hasta un máximo de cuatro y pueden hacer las preguntas de forma directa, o traerlas escritas, con lo cual se evitan los personalismos que a veces les preocupan. Es importante hacerles saber que se garantiza la confidencialidad en cualquier tipo de consulta, salvo que de lo que allí se exponga el médico deduzca que hay una situación peligrosa o un posible ilícito penal.

También deben facilitarse sesiones con las asociaciones de madres y padres, AMPAS (aspecto muy importante en la trayectoria adolescente), que no son totalmente conscientes de la importancia de la formación-información que pueden obtener en esos encuentros de cara a la salud de sus hijos adolescentes.

El hospital moderno debe añadir a sus funciones específicas la proyección social en todo lo relativo a la Salud Integral centrada en la persona como parte de las Políticas Públicas. El hospital debe ocuparse de la prevención, facilitación de la salud y atención a los pacientes, y si no dispone de Unidad de Adolescencia, puede designar a un médico interesado en la adolescencia, para que coordine la actividad evitando consultas solapadas o repetidas. Obviamente es necesaria la recogida de datos para mejorar la información existente en la actualidad y la evaluación de los programas. Los ingresos deberían hacerse en un área específica para adolescentes, y si no existiera, se debería agrupar a los adolescentes en una determinada zona.

El hospital debe ocuparse de la prevención, facilitación de la salud y atención a los pacientes, y si no dispone de Unidad de Adolescencia, puede designar a un médico interesado en la adolescencia, para que coordine la actividad evitando consultas solapadas o repetidas

Cuándo debo consultar con un profesional

Si nuestro hijo adolescente

- Tiene problemas para respetar las normas en el hogar
- Acumula castigos
- Saca malas notas cuando antes era buen estudiante
- Insulta o agrede verbalmente de forma repetida
- Miente con frecuencia
- Parece tener una pobre autoestima
- No se ducha o asea con frecuencia
- Está casi siempre malhumorado

Talleres simultáneos

Trabajar con adolescentes: ¿cómo y dónde?

- Es violento fuera de casa
- Ha tenido problemas con la policía
- Tiene conductas sexuales promiscuas o peculiares
- Roba dinero u objetos
- No respeta la autoridad
- Consume alcohol o drogas
- Tiene conductas o pensamientos suicidas

Si nosotros como padres

- No sabemos cómo tratarle
- Nos agotamos cuando tratamos con él/ella
- Sentimos que ya no tenemos autoridad
- Le tenemos miedo
- No confiamos en él
- Tenemos miedo de que se suicide
- Nos preocupa su estado de ánimo
- Estamos preocupados por su futuro
- Nos preguntamos constantemente qué hemos hecho mal
- No entendemos lo que quiere decirnos
- Nos sentimos impotentes

Añadimos que ante cualquier sintomatología no explicable por la exploración médica, se piense en acoso en alguna de sus variantes, escolar, sexual o través de las redes sociales, o en un problema familiar que se debe investigar.

El psicólogo José Antonio Luengo advierte del peligro de la hiperprotección a los adolescentes, facilitando todo y evitando sus incertidumbres, y afirma que crecer significa esforzarse y tener disciplina. Por otra parte, la vida es una frustración casi continua al existir frecuentes contradicciones entre lo que deseamos y lo que obtenemos, y los niños y adolescentes deben aprender a superar esas situaciones. De otra manera los adolescentes serían blandos e incapaces de afrontar y superar las adversidades que puedan sobrevenir.

En la relación con los adolescentes es un buen principio la regla de las tres C:

Coherencia: No se puede pedir que no hagan algo que nosotros hacemos, por ejemplo, fumar.

Consistencia: Las reglas están hechas para cumplirse, sí es sí, y no, es no, lo cual no significa que en función de las condiciones presentes se puedan hacer modificaciones puntuales. Pero serían ilógicos los cambios frecuentes.

La vida es una frustración casi continua al existir frecuentes contradicciones entre lo que deseamos y lo que obtenemos, y los niños y adolescentes deben aprender a superar esas situaciones

Continuidad: Para que los principios educativos y de conducta sean eficaces, deben mantenerse en el tiempo, y esto atañe a la Coherencia y a la Consistencia.

Algunos aspectos legales

Recogemos y transcribimos algunos aspectos legales contenidos en la Monografía Menor Maduro y Salud. Informe del experto nº 15. Fundación Merck Salud.

“La doctrina del menor maduro aboga por reconocer su capacidad de decisión en determinados asuntos de manera progresiva, en función de su edad, grado de madurez, desarrollo y evolución personal.

Desde 1978 la mayoría de edad civil legal en España está en los 18 años. La mayoría de edad sanitaria con carácter general se establece a los 16 años. A esa edad, el joven puede dar su consentimiento por sí mismo a la asistencia sanitaria. Por debajo de los 16 años podrá el menor tomar decisiones por sí mismo si a juicio del facultativo es capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención.

En el supuesto de que el menor no fuera considerado maduro, debe activarse el consentimiento informado por representación, y que sean sus padres o representantes legales los que asuman las decisiones.

En el terreno concreto de la salud sexual y reproductiva rigen reglas específicas que se apartan del criterio general mencionado, y así, en la interrupción voluntaria del embarazo se exige la mayoría de edad civil, es decir los 18 años cumplidos”.

Se tiene la idea de que los adolescentes están sanos, y es verdad. Pero solo parcialmente, si se tiene en cuenta la definición de la OMS sobre salud como bienestar físico, psíquico y social. Sin duda los indicadores de salud física son excelentes, pero no así los referentes a aspectos psíquicos o sociales. Nuestro sistema de salud respecto a los adolescentes nos deja muy insatisfechos. El Teléfono de la Esperanza (TE) en el año 2007 recibió 1567 llamadas de adolescentes solicitando ayuda. Este solo dato refleja que nuestro sistema de salud no atiende de forma satisfactoria a los jóvenes, de forma que tienen que recurrir a otros sistemas de ayuda o auxilio. El contenido de esas llamadas es para desahogarse y pedir orientación, por razones psicológicas o psiquiátricas, y por malas relaciones personales. El TE pretende aportar soluciones a las llamadas en base a escuchar con atención a quien hace la llamada.

La relación de ayuda y la escucha activa

Cada médico tiene su manera de hacer el trabajo, y el factor común es procurar ayudar a quien lo solicita. La forma de ayuda es muy variada. La herramienta más potente que tenemos, por mucho que avance la técnica, es la Historia Clínica (HC). En la HC se recogen datos, pero también se produce una relación terapéutica, esto es, un diálogo entre dos personas: una que pide ayuda y otra a quien la sociedad ha preparado para darla. Esta relación humana ha existido desde el hombre de las cavernas hasta nuestros días, y está llena de información y emoción. Ambas cosas son necesarias si pretendemos relacionar el alma con el cuerpo, y esto es fundamental para comprender la persona.

Se llama relación de ayuda al “Encuentro entre una persona que pide ayuda para modificar algunos aspectos de su modo de pensar, sentir y actuar, y otra persona que quiere ayudarle

La doctrina del menor maduro aboga por reconocer su capacidad de decisión en determinados asuntos de manera progresiva, en función de su edad, grado de madurez, desarrollo y evolución personal

En la HC se recogen datos, pero también se produce una relación terapéutica, esto es, un diálogo entre dos personas: una que pide ayuda y otra a quien la sociedad ha preparado para darla

dentro de un marco interpersonal adecuado" (C.R. Rogers, R.R. Carkuff). Durante este encuentro aparecen los problemas que son motivo de consulta. La relación de ayuda requiere unas habilidades clínicas y compromete a la persona desde el punto de vista ético y jurídico.

La persona que pide ayuda es una persona que sufre, que está desmoralizada, que es incapaz de controlar lo que le pasa, y piensa que puede tener solución lo que le sucede.

Durante la consulta con adolescentes, como cualquier otra actividad clínica, se desarrollan actitudes terapéuticas, como la escucha activa, la empatía, la expresión de sentimientos, y la asertividad.

Escuchar es un bien escaso. Nadie está dispuesto a escuchar

Escuchar es un bien escaso. Nadie está dispuesto a escuchar. Frases como estas: "No me vengas con rollos...", "Ese es tu problema...", "No me des la paliza", "Ya empiezas otra vez...", "Eso son tonterías", "De qué te quejas, si tienes de todo...", "No me cuentes tu vida...", definen lo difícil que es encontrar en las relaciones profesionales personas con ganas de escuchar. Los médicos, herederos de los hábitos de los chamanes debemos cumplir esta misión.

La escucha es un "bien escaso": El 75% de los padres se quejan de sus hijos y el 83% de adolescentes se quejan de sus padres. Las consecuencias de la mala escucha suponen un alto porcentaje en las causas de fracasos matrimoniales. Nuestra vida está rodeada de obstáculos para una buena escucha, por ejemplo:

Obstáculos familiares, televisión, internet, video-juegos, teléfonos móviles.

El mal ejemplo de personajes públicos, ya que los jóvenes actúan por imitación.

El propio sistema educativo o sanitario, sobre todo cuando los profesionales están poco motivados y desilusionados o carentes de vocación docente.

Escuchar no es fácil. Exige atención, esfuerzo, comprensión, y a través de eso se llegará a producir en el adolescente que atendemos una sensación de sentirse escuchado...

Escuchar no es fácil. Exige atención, esfuerzo, comprensión, y a través de eso se llegará a producir en el adolescente que atendemos una sensación de sentirse escuchado, lo que acrecienta la confianza y deseos de decir todo lo que se quiere decir. "Si se aspira a una auténtica "medicina centrada en las personas" no se puede establecer una dicotomía tajante entre conocimientos biomédicos, humanísticos y sociológicos, porque en la práctica clínica es imposible separar los datos biológicos de las convicciones, dificultades económicas, peculiaridades de carácter, prejuicios morales, rencores personales, costumbres ancestrales, deseos insatisfechos..." (F. Borrell i Carrió).

En algunas encuestas acerca de lo que la gente entiende por escuchar, el 60% cree que es lo mismo que oír; el 20% piensa que es enterarse de lo que oye, el 15% opina que es para preparar una respuesta y solo un 5% afirma que es para comprender a la persona. Es decir que en el imaginario común, una minoría entiende lo que supone escuchar realmente.

Kaepelin y Rankin estudiaron la relación entre el tiempo que se dedica a escuchar, hablar, leer y escribir y observaron que había una relación inversa entre el tiempo que dedicamos a estas actividades y el tiempo dedicado a aprender esa actividad. Es decir, nos pasamos casi la mitad del día escuchando y solo dedicamos un 3% de nuestro tiempo a formarnos en lo que significa escuchar. Sin embargo, dedicamos el 9% de nuestro tiempo a escribir e invertimos el 52% en aprender esa actividad".

Los efectos que la escucha activa produce son conocidos: transfiere serenidad y confianza, rebaja la ansiedad, facilita la expresión de los sentimientos profundos, lo que además de dar información supone una descarga emocional terapéutica; mejora los resultados en salud (Stewart, 1999), y satisfacción del paciente (Roter 1997...), produce una mayor adherencia terapéutica (Backwell 1996), menores demandas legales (Levisnson 1997), y mejora la autoestima profesional.

Por el contrario, una escucha deficiente, supone una mala relación con el paciente y como consecuencia genera dificultades para detectar problemas y recoger información, impedimentos para construir una relación terapéutica, uso inadecuado de los recursos, desgaste profesional, problemas médico-legales y menor adherencia a los tratamientos entre otros.

El modelo biopsicosocial

Durante muchos años hemos seguido el modelo biomédico centrado en la enfermedad como daño orgánico que se debe reparar. Los cambios sociales y el conocimiento de la psicología evolutiva del niño y adolescente nos han llevado a profundizar en la práctica biopsicosocial, que tiene en cuenta además de lo médico, el ambiente, los amigos, la familia y la escuela. Se trata de explorar áreas como los acontecimientos vitales, las atribuciones, la afectividad, el pensamiento o el entorno familiar.

Casos clínicos resumidos

Los datos que se citan suponen el resultado de mucho tiempo de relación con el adolescente y su familia, y son el crisol de lo que se escucha y se observa. Cada caso lleva añadido algún comentario y dilemas que exigen habilidad y experiencia para resolverlo. La sociedad nos demanda ser resolutivos y eficientes y tener en cuenta los principios éticos básicos: no maleficencia (*primum non nocere*), beneficencia, justicia y autonomía.

Caso clínico 1

Jorge tiene 15 años. Es diabético desde los 13. Debutó con cansancio y pérdida de peso. En la actualidad está en tratamiento con insulina y aceptablemente controlado. Estudia 4º de ESO en un colegio concertado. Su padre es industrial, y su madre ama de casa. Tiene otra hermana de 10 años. La estructura familiar es buena.

La madre acude a la consulta porque el último fin de semana en una fiesta se ha emborrachado y ha regresado a casa con ayuda de los amigos. Nos dice que desde que ha empezado el curso, hace 3 meses, no se encuentra bien, no rinde como el año pasado, no lleva bien la dieta...

Hace unos meses ha ido al Médico de Familia, que según dice la madre apenas le conoce, y se ha limitado a recetarle la insulina y las tiras reactivas para control de glucemia. Acude a mi consulta, ya que en la última revisión, a los 14 años, le dije que si alguna vez tenía algún problema de salud podía contar conmigo. Cuestiones del caso 1:

1. No pertenece a mi cupo de pacientes.
2. Debido a mi ofrecimiento, revierten a mí problemas de salud que no me corresponden:
 - Regular la diabetes.
 - Inmiscuirme en el tratamiento de una enfermedad crónica.
 - Solventar una crisis de adolescencia y el rechazo a su enfermedad.
 - Resolver la tendencia del paciente a culpabilizar a los padres.

Durante muchos años hemos seguido el modelo biomédico centrado en la enfermedad como daño orgánico que se debe reparar. Los cambios sociales y el conocimiento de la psicología evolutiva del niño y adolescente nos han llevado a profundizar en la práctica biopsicosocial, que tiene en cuenta además de lo médico, el ambiente, los amigos, la familia y la escuela

La sociedad nos demanda ser resolutivos y eficientes y tener en cuenta los principios éticos básicos: no maleficencia (*primum non nocere*), beneficencia, justicia y autonomía

Caso clínico 2

La madre de Ana, de 13 años, viene un día a la consulta sin la niña solicitando un volante para Salud Mental, debido a que su hija la ha pegado. Solicito que venga la niña para hablar con ella y valorar mejor la situación. Los padres están separados desde hace 5 años; se llevan mal y tienen pleitos frecuentes. La madre, de 50 años, trabaja en un hotel a turnos. El padre, de 51 años trabaja en un estudio de grabación. Comparten la custodia de la niña, que tiene otro hermano menor, de 9 años, sano y de conducta adaptada. Escolarmente Ana lleva bien los cursos y evaluaciones, pero el último año es más desobediente y se enfrenta a su madre. Desde pequeña la niña ha vivido muchas situaciones desagradables.

Cuestiones que se plantean en el caso 2:

1. Hay una situación de violencia entre la madre y la hija.
2. Hay un problema judicial.
3. Se solicita una derivación a Salud Mental (?).
4. Hay un problema de escuela de padres; de ayudar a la madre a ser adulta.

Caso clínico 3

Juan, de 16 años, estudia 4º de ESO. Es referido a mi consulta por indicación de otro colega, ya que desde que ha empezado el curso no se centra, ha suspendido seis asignaturas de nueve, lo que no había ocurrido nunca. Los cursos anteriores aprobaba con normalidad, sin mucho esfuerzo y con algún notable. Es hijo único; los padres son profesionales y trabajan. Buen nivel económico. No hay antecedentes familiares de importancia. Juan es sociable.

El último año sale más de casa y regresa más tarde de lo acordado. Se preocupa más por el vestir y por la imagen física. Es alto y guapo. En una ocasión ha participado en un casting de ropa en unos grandes almacenes.

En el colegio notan que está muy distraído y con bajo rendimiento escolar. Pero no tiene problemas de conducta. Es educado y respetuoso.

En la entrevista en presencia de la madre (el padre nunca vino a la consulta) se muestra muy callado; es ella quien contesta a todo. En la entrevista a solas, el diálogo es corto. No sabe lo que le pasa, le cuesta concentrarse. Se le realiza un cuestionario de Du Paul (EDAH) que refleja una puntuación baja.

En una entrevista a las dos semanas, y esta vez solo, se muestra más hablador. Al preguntarle si le gusta alguna chica, contesta "No lo tengo claro". Se siente más a gusto con los chicos que con las chicas. Nota especial atracción por los varones. A la pregunta de si sus padres conocían su orientación respondió que no. Me ofrecí a explicárselo a la madre y le pareció bien. La madre ya se lo imaginaba. El problema mayor era el padre: No lo iba a entender y no sabíamos cómo planteárselo. Juan no ha vuelto por la consulta.

Cuestiones al caso clínico 3:

1. Se me plantea la aceptación de derivaciones de otros colegas, lo que origina compromisos profesionales.

2. Se requiere mediación en la familia, la escuela, los profesores...
3. Se asume la tarea de normalizar la orientación sexual en un contexto adverso.

Caso clínico 4

David es un niño de 14 años que estudia 3º de ESO. Tiene un hermano gemelo y otro hermano mayor. Nació con un angioma en la cara que ocupa el 50% de su superficie. Desde los 3 años sigue un tratamiento con láser en hospital terciario donde acude cada 6 meses, logrando pequeñas mejorías en su aspecto. Es un niño muy tímido y poco hablador. Ha crecido bien, es sociable, y le gustan los juegos de mesa. Sus padres entienden que dada su estética le guste menos salir que al hermano gemelo.

Es traído a consulta por indicación del profesor, ya que estando en el aula ha discutido con un compañero y éste le ha insultado por su aspecto facial. Quiso tirarse por la ventana, pero tropezó y se lo impidieron los compañeros. En la entrevista a solas dijo que su intención en ese momento era suicidarse. Nunca había sufrido acoso en el colegio, aunque sí notaba que no le hacían tanto caso como a su hermano.

Expreso a David la importancia de lo que le pasa y que sería conveniente que sea visto en un servicio de Salud Mental Infantil, y él acepta la interconsulta. Posteriormente hablo con los padres, que entienden la situación y comprenden la derivación.

David no ha vuelto por la consulta. Probablemente haya pasado a Medicina de Familia o cambiado de domicilio.

Cuestiones al caso clínico 4:

1. La imagen corporal incide en la autoestima y es un factor de riesgo de acoso. El caso es extensible a obesos, discapacitados físicos o psíquicos.
2. La indiferencia es otro factor que incide en la autoestima, y es vivida como desprecio.
3. Negociar la derivación a otras disciplinas.

Anexo: Cuestionarios de utilidad en medicina de la adolescencia

1. TEST DE APGAR FAMILIAR

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/APGAR%20Familiar.pdf>

2. CUESTIONARIO M.O.S DE INVESTIGACIÓN SOCIAL

https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/guiavaloracion-enred_SCORM.zip/media/Cuestionariomosdeapoyosocial.pdf

<http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n1/03.pdf>

Talleres simultáneos

Trabajar con adolescentes: ¿cómo y dónde?

3. CUESTIONARIO BARRAT DE IMPULSIVIDAD EN ADOLESCENTES
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272013000400003&script=sci_arttext
4. ESCALA DE DU PAUL PARA DESCARTAR TDAH
<http://www.avpap.org/documentos/tdah/correcctdah.pdf>
<http://www.avpap.org/documentos/tdah/correcctdah.pdf>
5. CUESTIONARIOS DE SALUD FÍSICA, ALIMENTACIÓN, HÁBITOS DE VIDA Y CONSUMOS
http://www.samfyc.es/Revista/PDF/V15n1/v15n1_03_original.pdf
6. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON
http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf
7. ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON
<http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf>

Bibliografía

1. Rodríguez Molinero, L.: *¿Cómo atender al adolescente? Adolescere* 2013; 1(2):15-21
2. Castellano Barca, G., Hidalgo Vicario, M.I. *Entrevista clínica del adolescente. Hidalgo Vicario, M.I., Redondo Romero, A. M., Castellano Barca, G. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. 2ª edición Madrid Ed. Ergon S.A, 2012 , pg. 11-18*
3. Silber, T.J.: *Perfil del médico que atiende adolescentes. Hidalgo Vicario, M.I., Redondo Romero, A.M., Castellano Barca, G.: Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. 2ª edición 2012 Editorial Ergon S.A; pg. 19-22*
4. *Menor maduro y salud. Informe del experto N°15.Fundacion Merck Salud. Octubre 2016*
5. *Test de Apgar Familiar. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/APGAR%20Familiar.pdf>*
6. de la Revilla, L., Luna del Castillo, J., Bailón, E., Medina, I. *Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Medicina de Familia. 2005; 6:10-23.*
7. *Guía de recomendaciones para la Atención Integral de adolescentes en espacios amigables y de calidad https://www.unicef.org/argentina/spanish/2012_Guia_Clinica_Sap_Unicef.pdf*
8. *Madrid Soriano, J.: Los procesos de la relación de ayuda. Biblioteca de Psicología. Madrid 2005*
9. *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Francesc Borrell i Carrió. http://comunicaff.cluster020.hosting.ovh.net/wp-content/uploads/2014/08/EntrevistaClinica_2004.pdf*
10. *Guía para adolescentes malhumorados. Unidad de Personalidad y Comportamiento Complejo Hospitalario Ruber Juan Bravo. MADRID*
11. *Dago Elorza, R., Arroba Basanta, M.L.: Habilidades comunicacionales en la consulta del pediatra. ¿Cómo establecer una relación clínica satisfactoria? En: AEPap ed. Curso de Actualización de Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 103-12.*



ADOLESCENCIA
ATENCIÓN INTEGRAL
2ª EDICIÓN

M.I. Hidalgo Vicario
A.M. Redondo Romero
G. Castellano Barca

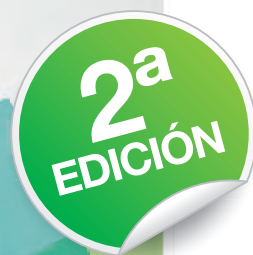
ergon

MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA

ATENCIÓN INTEGRAL

2ª EDICIÓN

M.I. Hidalgo Vicario
A.M. Redondo Romero
G. Castellano Barca



MEDICINA ADOLESCENCIA

MEDICINA ADOLESCENCIA



Alcohol y otras drogas ¿Cuándo sospechar y cómo actuar en la consulta?

F. Caudevilla Gállego. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Experto Universitario en Drogodependencias. Miembro del Grupo de Intervención en Drogas de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Asesor Médico de la ONG Energy Control (ABD). C.S. Puerta Bonita I. SERMAS Madrid.

Resumen

La drogadicción es un problema de salud pública por su prevalencia, su trascendencia y su vulnerabilidad, en la adolescencia. Las drogas más consumidas en esta etapa (menos de 18 años) son el alcohol, el tabaco, el cannabis y los tranquilizantes. El alcohol es con mucho la más importante y si pensamos que en España está prohibido su uso en menores, se trata pues de una droga ilegal. Las drogas se toman para buscar placer, pero junto a esto están los riesgos y estos dependen de la sustancia, el adolescente y el marco en que se consumen. Los riesgos pueden ser agudos, crónicos, psiquiátricos, que afecten a la memoria, produzcan dependencia o tengan repercusiones penales. Los pediatras tenemos mucho que aportar a la prevención y el tratamiento de estos consumos. La entrevista motivacional es la herramienta más potente en la consulta. Se trata de convencer, persuadir y motivar sobre las ventajas de conseguir lo mismo que las drogas pero de una forma que podríamos llamar más saludable. La prevención empieza desde la primera infancia, facilitando un buen vínculo que aporte seguridad y buena comunicación. Seguimiento de unos hábitos de vida donde ayudemos a los hijos a buscar la fuente de placer alejados del mundo del consumo de tóxicos y en valores que satisfagan las necesidades superiores.

Palabras clave: *Adolescencia, drogas, alcohol, entrevista motivacional*

Abstract

Drug addiction is a public health problem because of its prevalence, transcendence and vulnerability in adolescence. The drugs most consumed at this stage (less than 18 years) are alcohol, tobacco, cannabis and tranquilizers. Alcohol is by far the most important and if we think that in Spain is prohibited its use in minors, it is therefore an illegal drug. Drugs

are taken to seek pleasure, but along with this are the risks and these depend on the substance, the adolescent and the framework in which they are consumed. Risks can be acute, chronic, psychiatric, memory-related, addictive, or have criminal repercussions. Pediatricians have much to contribute to the prevention and treatment of these consumptions. The motivational interview is the most powerful tool in the consultation. It is about convincing, persuading and motivating about the advantages of getting the same thing as drugs but in a way that we could call healthier. Prevention begins in early childhood, facilitating a good bond that provides security and good communication. Followed by some habits of life where we help the children to seek the source of pleasure away from the world of toxic consumption and values that satisfy the higher needs.

Keywords: *Adolescence, drugs, alcohol, motivational interview*

Introducción

A lo largo de los últimos veinte años los patrones de consumo de drogas han experimentado cambios muy importantes. Durante la década de los ochenta los problemas más importantes relacionados con las drogas fueron los provocados por la heroína. Las circunstancias relacionadas con el uso de esta sustancia (alto potencial de adicción, deficientes condiciones higiénicas, uso intensivo por vía parenteral, adulteración, mitificación de la sustancia...) derivaron en una asociación con marginalidad y delincuencia. Esta relación se complicó todavía más con la emergencia de patología infecciosa (tuberculosis, hepatitis y sobre todo la pandemia del VIH-SIDA). La conjunción de todos estos factores llevó a una crisis sanitaria y social sin precedentes cuyas consecuencias aún se sufren.

A lo largo de los últimos veinte años los patrones de consumo de drogas han experimentado cambios muy importantes

Nuevas pautas de consumo

En el momento actual la problemática derivada del uso de heroína es aún prevalente en ciertas poblaciones marginales. Pero el fenómeno más llamativo es la aparición de nuevos patrones de consumo claramente diferenciados de este fenómeno. El uso de otras drogas diferentes a la heroína ha experimentado un crecimiento exponencial durante las dos últimas décadas. Algunos ejemplos de este cambio pueden encontrarse en la expansión y normalización social del consumo de derivados del cannabis o la popularización de la 3,4-metilendioxi metanfetamina (MDMA, éxtasis) asociada a la cultura de la música de baile. El redescubrimiento de sustancias utilizadas desde hace décadas como la metanfetamina (speed) o la dietilamida de ácido lisérgico (LSD) coexiste con nuevas sustancias sintéticas (ketamina, gamma-hidroxibutirato (GHB), 2C-B...) o alucinógenos de origen vegetal (Psilocybes spp, Amanita muscaria, Salvia divinorum...).

Una nota distintiva de estos nuevos patrones de consumo es su vinculación estrecha a espacios lúdicos. Frente a la heroína, alrededor de cuyo uso se estructura la vida del adicto, el uso recreativo de drogas se configura como un elemento más del tiempo de ocio. Si los opiáceos se asocian con exclusión social y enfermedad, la mayoría de los usuarios recreativos van a ser en principio personas sanas y con buena integración social. El consumo de estas sustancias va a ser característico (aunque no exclusivo) de los segmentos de población que hacen del tiempo de ocio una de sus señas de identidad: los jóvenes y adolescentes.

Algunos datos epidemiológicos

El alcohol es la sustancia psicoactiva de consumo más extendido entre los estudiantes de 14 a 18 años

El alcohol es la sustancia psicoactiva de consumo más extendido entre los estudiantes de 14 a 18 años. En 2014, el 78,2% lo había probado alguna vez, un 76,8% lo había consumido en el último año y el 68,2% en el último mes. Entre los consumidores habituales casi todos (99,8%) habían bebido en fin de semana, mientras que sólo un 39,3% lo había hecho en días laborables. En cuanto a la frecuencia, un 23% de los estudiantes había bebido todos los fines de semana. En 2014 un 56,2% de los estudiantes de 14-18 años se había emborrachado alguna vez en la vida y el 22% lo había hecho en el último mes (29,4% chicos, 28,7% chicas). En los últimos años el consumo de bebidas de alta graduación entre los jóvenes ha sustituido al patrón tradicional mediterráneo. Fenómenos sociales como el del *botellón* dan cuenta de la importancia del consumo de alcohol entre los jóvenes, si bien la imagen que se transmite a través de los medios de comunicación es en muchas ocasiones sobredimensionada y alarmista.

El tabaco es la segunda sustancia más consumida entre adolescentes de 14 a 18 años. En 2014 un 38,4% de los estudiantes de 14-18 años afirmaba haber fumado tabaco alguna vez en la vida y un 25,9 % afirmaba haber fumado en los últimos 30 días. La edad media de inicio fue la más temprana de todas las drogas consideradas (13,3 años) y se ha mantenido más o menos estabilizada en los últimos 10 años, siendo similar para ambos sexos. La edad media de inicio en el consumo diario se produce un año más tarde (14,3 años). En contraposición con el resto de las drogas, las prevalencias de consumo son superiores en mujeres que en varones, lo que traduce un cambio epidemiológico importante con probables repercusiones de Salud Pública a medio y largo plazo. El tabaco es la única droga cuyas prevalencias de consumo han disminuido en estudiantes de forma mantenida durante la última década.

En 2014 un 16% de los estudiantes había consumido tranquilizantes o somníferos con o sin receta alguna vez en la vida, un 6 % en el último año y un 5,2% en el último mes. La prevalencia de consumo sin receta fue inferior, con cifras de 7,8%, 5,3% y 3% respectivamente. Al contrario de lo que ocurre con las drogas ilegales, su consumo está más extendido entre las chicas que entre los chicos. La mayoría de los consumos son esporádicos, aunque se observa un incremento significativo de las frecuencias de consumo en los últimos años. El uso de tranquilizantes sólo comenzó a explorarse en el ESTUDES a partir del 2006, y sus prevalencias ocasionales son significativas. Probablemente una de las medidas de prevención más sencillas y eficientes desde el ámbito sanitario sea el advertir a los padres de la necesidad de tener especial vigilancia con este tipo de medicaciones cada vez que son prescritas.

El cannabis es la droga ilegal más consumida por los estudiantes de 14 a 18 años con bastante diferencia sobre las demás

El cannabis es la droga ilegal más consumida por los estudiantes de 14 a 18 años con bastante diferencia sobre las demás. En 2008 un 29,1% lo había consumido alguna vez en la vida, un 25,4% en el último año y un 18,6% en los últimos 30 días. El consumo de cannabis ha experimentado una estabilización en la última década. La población escolar presenta prevalencias de consumo superiores a la población general: el 20,3% de los adolescentes ha probado el cannabis alguna vez en su vida y el 10,7% lo ha consumido durante el último mes. Con respecto a la edad de inicio en el consumo se observa un leve descenso durante la última década (14,7 años en 2004 frente a 15,1 en 1994).

La cocaína y el resto de las drogas ilegales (drogas sintéticas como la 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA, éxtasis), anfetaminas (speed), ketamina, GHB...) presentan prevalencias de consumo menores en población general y escolar. La tabla 1 resume las características de las drogas ilegales de consumo más prevalente entre adolescentes y jóvenes.

Un detalle epidemiológico de importancia es la diferencia de consumo en los extremos de la población encuestada (14 y 18 años). Las prevalencias de consumo para las drogas ilegales son

mucho más elevadas en el extremo superior (18 años) que en el inferior. Este hecho debería implicar diferencias en las estrategias preventivas en las distintas edades. En todos los casos el uso ocasional es mucho más frecuente que el reciente. En cualquier caso, las drogas legales (alcohol, tabaco y benzodiacepinas), además del cannabis, constituyen el grueso del problema del consumo de drogas en edad adolescente y la mayoría de los esfuerzos preventivos deberían ir destinados hacia estas sustancias^(1,2).

Placer, riesgo, moral, salud...

El consumo de drogas puede tener impacto en la salud de las personas. Desde la adolescencia las drogas pueden actuar como factores de riesgo para la salud. Pero un error fundamental a la hora de abordar el tema constituye el considerar que el consumo de drogas es, simplemente, un conjunto de riesgos y problemas a evitar.

La tolerancia social hacia las drogas legales es mucho más elevada que la que existe hacia las drogas ilegales, desde la perspectiva de la mayoría de los adultos (padres, profesores y profesionales sanitarios). Los consumos de drogas ilegales suelen generar mucha más alarma que los de alcohol y tabaco, si bien como acabamos de ver estos últimos son mucho más frecuentes y sus consecuencias sanitarias mucho más graves a nivel epidemiológico. Por otro lado, conviene recordar que los motivos por los que algunas drogas son ilegales son de orden económico, social y sobre todo moral. La clasificación de drogas en legales o ilegales no está basada en criterios científicos ni en una evaluación objetiva de sus riesgos. Aunque esta ponencia está centrada en las drogas ilegales, el ámbito más propio de Pediatría es, además del cannabis, el del alcohol y el tabaco.

Así, olvidar los elementos culturales, antropológicos, históricos, psicológicos y sociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas hace que las estrategias preventivas estén abocadas al fracaso. La "sexualidad humana" es un concepto mucho más amplio y rico que "las infecciones de transmisión sexual" y cualquier programa de prevención sobre ITSs deberá considerar todos estos elementos. De la misma forma, el consumo de drogas es una conducta humana en la que se ponen en juego consecuencias potenciales positivas (placer) y consecuencias potenciales negativas (riesgos). Es importante considerar ambos elementos: la principal motivación de las personas al utilizar drogas es la búsqueda de efectos deseados y agradables, aunque es evidente que también pueden presentarse consecuencias negativas a corto, medio o largo plazo. Por otra parte, aunque la salud es un valor a proteger y fomentar, convendrá no tomar su importancia de forma absoluta. Experiencias como montar a caballo, hacer un viaje de aventura, bucear, montañismo...son socialmente aceptadas a pesar de que implican riesgos y, desde un punto de vista estrictamente sanitario deberían considerarse como "peligrosas". Ahora bien, las personas no buscamos sólo aquellas conductas que son sanas y evitamos las que son peligrosas, sino que existen otro tipo de motivaciones que deben ser consideradas en su justa medida.

Un error fundamental a la hora de abordar el tema constituye el considerar que el consumo de drogas es, simplemente, un conjunto de riesgos y problemas a evitar

El consumo de drogas es una conducta humana en la que se ponen en juego consecuencias potenciales positivas (placer) y consecuencias potenciales negativas (riesgos)

Algunos riesgos frecuentes en la adolescencia

Los riesgos y problemas asociados al consumo de drogas son de muy diversa índole e importancia. Para valorarlos es siempre fundamental considerar tres factores distintos: la sustancia o sustancias (considerando su farmacología, vía de administración, frecuencia de consumo...), el individuo que la consume (sexo, edad, patología orgánica o psiquiátrica previa...) y el marco en el que se realiza el consumo. De forma general podemos distinguir entre:

Talleres simultáneos

Alcohol y otras drogas. ¿Cuándo sospechar y cómo actuar en la consulta?

El manejo del paciente intoxicado puede complicarse por el policonsumo de distintas sustancias en una misma ocasión y el desconocimiento sobre el contenido real de lo que se ha consumido

Los depresores como los opiáceos o el GHB producen una disminución del nivel de conciencia que puede llevar al coma y muerte por depresión respiratoria

Aunque no existe evidencia de efectos neurotóxicos permanentes con el uso ocasional de dosis habituales, es probable que los consumidores crónicos de grandes dosis puedan estar expuestos a este riesgo

- Efectos adversos: Ciertas pautas de consumo de algunas sustancias (estimulantes, MDMA...) conllevan la aparición de síntomas inespecíficos de tipo psicológico durante los días siguientes al consumo: cansancio, irritabilidad, anorexia, somnolencia, insomnio, cambios en el estado de ánimo, distimia... En el consumo ocasional estos síntomas suelen ser autolimitados y probablemente pasarán desapercibidas. Pero estas alteraciones pueden manifestarse de forma clínicamente significativa en consumidores habituales (o susceptibles a este tipo de efectos) en forma de disminución del rendimiento escolar, alteraciones en la vida familiar...
- Intoxicación aguda: La farmacología de cada una de las sustancias define las características del cuadro de intoxicación aguda así como su gravedad. El manejo del paciente intoxicado puede complicarse por el policonsumo de distintas sustancias en una misma ocasión y el desconocimiento sobre el contenido real de lo que se ha consumido. En algunos casos los síntomas de la intoxicación son de tipo psiquiátrico (cannabis, LSD...): ansiedad, angustia, despersonalización, desrealización, alucinaciones...con escaso o nulo riesgo orgánico. La intoxicación por estimulantes suele cursar con síntomas y signos de sobreestimulación (taquicardia, hipertensión, convulsiones...). Los depresores como los opiáceos o el GHB producen una disminución del nivel de conciencia que puede llevar al coma y muerte por depresión respiratoria.
- Toxicidad orgánica: Las drogas pueden producir efectos tóxicos sobre distintos órganos (hígado, riñón, sistema cardiovascular, cerebro...) dependiendo de la dosis utilizada, frecuencia de uso, vía de administración, susceptibilidad individual y la propia toxicología de la sustancia. Aunque los casos de toxicidad grave son poco frecuentes pueden revestir mayor importancia en el adolescente, cuyo organismo no se ha terminado de desarrollar por completo.
- Problemas psiquiátricos: Se ha comunicado una mayor incidencia de trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y psicosis en usuarios de drogas como el cannabis, éxtasis y alucinógenos. Pero el origen de las enfermedades psiquiátricas es casi siempre multifactorial, por lo que en la mayoría de los casos el consumo de drogas no puede considerarse como el único factor etiológico. Pese al aumento exponencial del uso de sustancias en las últimas décadas no se han comunicado incrementos en la incidencia o prevalencia de ninguna enfermedad mental. La edad en la que se manifiestan la mayoría de los trastornos psiquiátricos coincide con aquella en la que comienzan los primeros consumos, por lo que establecer una relación causal resulta complicado. En algunos casos el consumo de drogas puede traducir un intento de automedicación. Los estudios longitudinales sugieren que, en la mayoría de los adolescentes consumidores de drogas con diagnósticos psiquiátricos, los síntomas de patología mental preceden en el tiempo al consumo de sustancias. Así, aunque algunas drogas (estimulantes, MDMA, cannabis, alucinógenos) pueden desencadenar un trastorno latente en personas predispuestas, este riesgo no parece extrapolable a la población general ^(3,4,5).
- Trastornos de memoria: Entre las distintas alteraciones neuropsicológicas asociadas al consumo de drogas los trastornos en la memoria son los más frecuentemente mencionados. Este riesgo debe ser valorado con especial interés ya que la adolescencia y juventud son etapas de formación académica que, en algunos casos puede verse afectada por el uso de sustancias. Existe cierta evidencia de que el uso crónico de cannabis puede repercutir sobre la capacidad de aprendizaje y memoria a corto plazo. Estas alteraciones no parecen indicar un efecto neurotóxico crónico sino que se relacionan con la exposición aguda y son reversibles con la abstinencia. La MDMA es otra sustancia que se ha asociado a trastornos de memoria. Aunque no existe evidencia de efectos neurotóxicos permanentes con el uso ocasional de dosis habituales, es probable que los consumidores crónicos de grandes dosis puedan estar expuestos a este riesgo⁽⁶⁾.

- **Dependencia:** Los cambios neuroadaptativos que produce el consumo crónico de algunas drogas (alcohol, benzodiacepinas, opiáceos...) facilitan la aparición de dependencia física ante consumos continuados durante largo tiempo. Muchas de las sustancias no producen un síndrome de abstinencia (cannabis, alucinógenos...) o producen tolerancia de una forma tan rápida que hacen casi imposible su administración cotidiana (MDMA, alucinógenos...). Los consumos episódicos (experimentales u ocasionales) son mucho más frecuentes que los sistemáticos (habituales o compulsivos). Así, considerando las drogas y los patrones de consumo habituales entre los adolescentes y jóvenes, el diagnóstico de drogodependencia es infrecuente. La elevada tolerancia social hacia algunas drogas (legales) dificulta el reconocimiento de problemas asociados.
- **Problemas legales:** La tenencia de drogas ilegales destinada al consumo propio en espacios públicos es sancionada con multa, que puede sustituirse por un tratamiento de desintoxicación (ciertamente poco motivacional). La venta de drogas, incluso en pequeñas cantidades, supone un delito de tráfico de drogas castigado por vía penal.

¿Mi hijo se droga?

Una situación frecuente dentro del entorno de Pediatría es aquella en la que la familia tiene dudas o evidencias más o menos directas (signos de intoxicación, hallazgos sospechosos en los bolsillos...) acerca del consumo de una droga (generalmente ilegal) por parte de alguno de sus hijos. Muchos de los síntomas clásicamente asociados al consumo desadaptativo de sustancias en adolescentes (alteraciones en el estado de ánimo, cambio de amistades o en la forma de vestir, apatía, desinterés, rebeldía, problemas de sueño y alimentación...) son muy poco específicos para detectar el consumo de drogas. Estas alteraciones pueden encontrarse en otras muchas patologías de tipo psicológico o en circunstancias vitales no patológicas, como la propia adolescencia.

La sospecha de consumo suele *pillar por sorpresa* a los padres, quienes sufren ansiedad intensa al encontrarse ante una situación que no saben cómo manejar. En muchas ocasiones la demanda directa es la solicitud de pruebas de tóxicos en orina para conocer si su hijo *se droga*. Este tipo de tests (y otros más sofisticados como parches que detectan drogas en sudor) pueden obtenerse a través de Internet o en farmacias sin prescripción facultativa. Desde una perspectiva médica, es importante señalar que este tipo de intervenciones no está justificado en casi ninguna ocasión. El uso de una prueba analítica para desenmascarar el consumo de un paciente es inaceptable a nivel ético, ya que vulnera los principios bioéticos de autonomía y confidencialidad, además de quebrar la relación médico-paciente (o padre-hijo si la prueba no ha sido solicitada por nosotros) y dificulta de forma muy grave cualquier tipo de intervención o abordaje posterior. Pero además, un resultado cualitativo (positivo o negativo) no nos aporta ninguna información sobre la frecuencia, intensidad, circunstancias y consecuencias del consumo.

Entrevista Clínica y Entrevista Motivacional

La Entrevista Clínica es el instrumento más importante que el Pediatra tiene a su alcance para valorar el consumo de drogas de un adolescente. Una anamnesis correcta es la herramienta de trabajo más eficiente, ya que tiene un bajo coste y se encuentra además al alcance de todos los profesionales. En muchas ocasiones se señala que este tipo de trabajo es muy difícil de abordar con el adolescente, que suele cerrarse y negarse a cualquier tipo de intervención, pero se trata más de un problema de falta de costumbre y habilidades por parte del profesional. Antes de

Muchos de los síntomas clásicamente asociados al consumo desadaptativo de sustancias en adolescentes (alteraciones en el estado de ánimo, cambio de amistades o en la forma de vestir, apatía, desinterés, rebeldía, problemas de sueño y alimentación...) son muy poco específicos para detectar el consumo de drogas

Una anamnesis correcta es la herramienta de trabajo más eficiente, ya que tiene un bajo coste y se encuentra además al alcance de todos los profesionales

Talleres simultáneos

Alcohol y otras drogas. ¿Cuándo sospechar y cómo actuar en la consulta?

lanzarse a interrogar al paciente es importante reflexionar los objetivos de la intervención: ¿qué vamos a explorar?, ¿cómo vamos a hacerlo? y, sobre todo ¿para qué? (cuales son los objetivos y qué plan de intervención posterior vamos a desarrollar).

A la hora de abordar un posible consumo de drogas en un adolescente existen elementos que deben ser tenidos en cuenta:

La confidencialidad es un elemento clave en la relación médico-paciente

- La confidencialidad es un elemento clave en la relación médico-paciente. En el entorno de Pediatría lo habitual es que el menor acuda acompañado de alguno de sus progenitores, en general por su madre. Pero la entrevista sobre drogas (y en general cualquier entrevista con un adolescente) debe llevarse a cabo sin la presencia de otras personas. Es conveniente pactar esto previamente con los padres y explicitar al paciente que la confidencialidad es un derecho suyo y una obligación nuestra. De forma general, sería conveniente que en la revisión de los 14 años existiera un espacio donde el Pediatra pueda entrevistarse con el paciente de forma privada, sin la presencia de otros adultos. Así puede facilitarse tanto el abordaje del consumo de drogas como el de otros temas como la sexualidad.

El Pediatra debe abordar el consumo de drogas desde una perspectiva estrictamente sanitaria y no moral

- Para cualquier persona, y mucho más para el adolescente, el hecho de hablar sobre ciertos aspectos de su vida privada relativos a conductas íntimas puede resultar incómodo. Es importante cuidar aspectos formales de la entrevista clínica (espacio físico adecuado y sin interrupciones, empatía, escucha activa, lenguaje no verbal...) que faciliten el proceso de la comunicación.

- El Pediatra debe abordar el consumo de drogas desde una perspectiva estrictamente sanitaria y no moral. Es fundamental evitar los juicios de valor y los estereotipos (*todos los consumidores de drogas son unos drogadictos, las personas que usan drogas tienen un problema de valores ...*)

- Muchos Pediatras son además padres de familia de hijos preadolescentes o adolescentes. Conviene tener claro la separación de ambos papeles (el profesional y personal) y, en el ámbito de la consulta, no actuar nunca como padres sino como médicos.

- Las preguntas deben ser abiertas y exploratorias, dando la oportunidad al paciente para explicarse de forma amplia (*¿Qué haces cuando sales de marcha?, ¿Te recoges pronto o eres de los que aguanta mucho?*). Es importante explorar los conocimientos, creencias y actitudes en torno a las drogas (*¿qué sabes del cannabis?*)

- Por el contrario, las preguntas cerradas (aquellas que pueden responderse con un "sí" o un "no") son percibidas como un interrogatorio y dificultan obtener información.

- Conviene no obcecarse en obtener toda la información en una primera entrevista ya que será posible reinterrogar y reexplorar en sucesivas ocasiones.

Conviene no obcecarse en obtener toda la información en una primera entrevista ya que será posible reinterrogar y reexplorar en sucesivas ocasiones

El uso de elementos y estrategias tomados del modelo de la Entrevista Motivacional puede ser útil a la hora de abordar el consumo de drogas en adolescentes. Este modelo concibe la terapia como el resultado de una colaboración entre el paciente y el profesional. Parte de la idea de que la principal dificultad a la hora de abandonar conductas adictivas se encuentra en la ambivalencia: la presencia de emociones contrapuestas con respecto al hábito. En la medida en la que el paciente, con la ayuda del profesional, sea capaz de resolver la ambivalencia, el cambio será más sencillo. Este modelo de intervención no es impositivo: la motivación hacia el cambio debe partir del paciente y nunca puede ser impuesta: la persuasión no es un método efectivo para resolver la ambivalencia.

El modelo define una serie de estadios (precontemplativo, contemplativo, acción, mantenimiento y recaída). En cada uno de estos estadios el paciente presenta características y necesidades distintas; el papel básico del profesional consiste en reconocer en qué estadio se encuentra el paciente para poder aplicar las estrategias más adecuadas en cada momento (intervenciones hacia el aumento de conciencia del problema, control de estímulos, facilitación de relaciones de ayuda...), además de ayudar a pasar al estadio siguiente. En definitiva, el reconocimiento de la fase en la que se encuentra el paciente es imprescindible para elegir la intervención más adecuada a su estado. El estadio de recaída no se considera como fracaso, sino como parte del proceso natural.

La Entrevista Motivacional tiene su aplicación fundamental dentro del tratamiento de integral de la patología adictiva, y su eficacia, eficiencia y efectividad se han comprobado en relación con el tabaco y el alcohol en población adulta. Muchos de sus elementos pueden ser adaptados y empleados en relación con el consumo de otras drogas en población adolescente sin necesidad de que exista una patología adictiva establecida como tal y ya existen experiencias positivas al respecto. El Pediatra tiene mucho que hacer en relación con el abordaje del consumo de drogas, pero antes de llevar a cabo cualquier intervención en drogas es imprescindible contar con una formación específica al respecto.

La Entrevista Motivacional tiene su aplicación fundamental dentro del tratamiento de integral de la patología adictiva, y su eficacia, eficiencia y efectividad se han comprobado en relación con el tabaco y el alcohol en población adulta

Tablas

Tabla 1: Características farmacológicas de las drogas ilegales más frecuentes

	Cannabis	Cocaína	MDMA (éxtasis)	Anfetamina (speed)	Ketamina	GHB	LSD
Vía de administración	Fumada Raramente oral	Intranasal Inyectada, Fumada Raramente oral o transmucosa	Oral Raramente intranasal	Intranasal Raramente oral o intravenosa	Intranasal Raramente intramuscular	Oral	Sublingual
Mecanismo de acción	Interacción con receptores del sistema cannabinoide endógeno	Estimulación de la liberación e inhibición de la recaptación de dopamina y noradrenalina	Inhibición de la recaptación de serotonina	Liberación de dopamina y noradrenalina	Antagonista de receptores NMDA	Interacción con los receptores GABA	Agonista y antagonista de receptores 5HT2
Dosis habitual	30-100mg	50-500 mg	60-120 mg	5-20 mg	30-75 mg	1-2 gr.	50-150 µgr
Comienzo de efectos	1-3 minutos	5-10 min	1 hora	1-5 minutos	5-15 minutos	10-20 minutos	20-60 minutos
Duración efectos	3-6 horas	1 hora	3-5 horas	4-6 horas	45-60 minutos	1-3 horas	6-14 horas
Detección en orina	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No

MDMA: 3,4-metilendioxi metanfetamina, GHB: Gamma hidroxibutirato, LSD: Dietilamida de ácido lisérgico, NMDA: N-metil-D-aspartato, GABA: Gamma aminobutírico

Tabla 2: Características clínicas de las drogas ilegales más frecuentes (I)

	Cannabis	Cocaína	MDMA (éxtasis)
Efectos deseados	Euforia, relajación Modificación de los patrones habituales de pensamiento Incremento en la percepción auditiva, visual y autopercepción, Incremento del apetito	Euforia. Estimulación Disminución del cansancio y sueño. Energía	Empatía. Incremento de la energía y sensualidad Bienestar Confianza y seguridad en uno mismo. Incremento en la percepción de la música. Hiperestesia táctil
Efectos adversos	Taquicardia Ansiedad Mareo Hipotensión ortostática Pensamientos obsesivos	Ansiedad, agresividad Palpitaciones Taquicardia, hipertensión Convulsiones	Nauseas Mareo Nistagmo Trismos, bruxismo Xerostomía Taquicardia, hipertensión Alteraciones inmunológicas Distimia
Efectos tóxicos	Psicosis tóxica aguda autolimitada	Psicosis paranoide Accidentes cardio y cerebrovasculares Arritmias Trastornos psiquiátricos	Hipertermia Hepatotoxicidad Hiponatremia Accidentes cerebrovasculares
Efectos a largo plazo	Alteraciones en la memoria a corto plazo durante periodos de uso frecuente	Psicosis paranoide Hepatotoxicidad Nefrototoxicidad Necrosis del tabique nasal	Posible neurotoxicidad (alteraciones en me- moria y estado de ánimo)

Tabla 2: Características clínicas de las drogas ilegales más frecuentes (II)

	Metanfetamina (Speed)	Ketamina	GHB	LSD
Efectos deseados	Euforia. Estimulación Disminución del cansancio y sueño. Energía	Sensación de ingravidez. Distorsiones sensoriales leves. Estado disociativo	Desinhibición y euforia Incremento de la sensualidad	Ilusiones y alucinaciones. Alteraciones en percepción de tiempo y espacio. Alteración en conciencia y pensamiento
Efectos adversos	Distonias mandibulares. Diarrea. Anorexia. Ansiedad Apatía, depresión. Taquicardia, hipertensión	Nauseas y vómitos Cefalea Amnesia parcial	Cefalea Somnolencia Hipotonía muscular	"Mal viaje": cuadro de alucinaciones intensas y terroríficas.
Efectos tóxicos	Psicosis paranoide Accidentes cardio y cerebrovasculares Trastornos psiquiátricos	Coma acompañado de estado disociativo profundo	Coma, en ocasiones con depresión respiratoria	Psicosis aguda
Efectos a largo plazo	Psicosis paranoide Hepatotoxicidad Nefrotoxicidad Posible neurotoxicidad (alteraciones motoras).	Problemas de memoria y concentración Deterioro de habilidades lingüísticas Trastorno Persistente de la Percepción por Alucinógenos (flashbacks o reviviscencias).	No descritos	Trastorno Persistente de la Percepción por Alucinógenos (flashbacks o reviviscencias).

Bibliografía

1. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanza Secundaria en España 2014 (ESTUDES). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas. Madrid 2104

URL disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016_ESTUDES_2014-2015.pdf

2. Encuesta sobre alcohol y drogas en España 2013. DGPNSD. Observatorio español sobre drogas. Madrid 2013

URL disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_Informe_EDADES.pdf

3. Arseneault L, Cannon M, Poulton R et al. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ*. 2002 Nov 23;325(7374):1212-3.
4. Patton GC, Coffey C, Carlin JB et al. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ*. 2002 Nov 23;325(7374):1195-8
5. Lieb R, Schuetz CG, Pfister H et al. Mental disorders in ecstasy users: a prospective-longitudinal investigation *Drug Alcohol Depend*. 2002 Oct 1;68(2):195-207
6. Grant, I., Gonzalez, R., Carey, C. L., Natarajan, L., Wolfson, T. Non-acute (residual) neurocognitive effects of cannabis use: a meta-analytic study. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS* 2003, 5, 679-689.



Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia



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

Desde esta publicación digital les damos la bienvenida a la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. Nuestra sociedad científica nació en el 1987 como sección especializada de la Asociación Española de Pediatría, y bajo el impulso del Dr. Blas Taracena del Piñal, su fundador y primer presidente.

Nuestro objetivo principal es lograr una atención de calidad a la salud integral de los adolescentes. Para ello no nos conformamos con una adecuada actividad terapéutica, sino que queremos incidir en el ámbito sanitario, en las familias y en la sociedad para que se desarrolle una verdadera actividad preventiva.

La Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia quiere abrir, desde este mundo digital, una ventana a todas aquellas personas que se sientan atraídas por los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que se entremezclan en esta apasionante segunda década de la vida.

A través de este espacio virtual les invitamos a compartir inquietudes e información, dudas y soluciones, al fin y al cabo herramientas que sirven para ayudar en la convivencia o en el trabajo con nuestros chicos y chicas.

Deseamos traspasar el ámbito estrictamente profesional y poder llegar hasta las madres y padres de los adolescentes, hasta los profesores y, si tenemos el gancho suficiente, hasta los propios adolescentes y jóvenes.

A todos ellos les pedimos ya, desde este momento, su opinión y su colaboración para hacer de ésta, un lugar interactivo y de franca utilidad.

Deseamos que este sea nuestro granito de arena en la construcción de un mundo mejor para todos.

Con nuestros mejores deseos,

Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia



Hazte socio

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

Infección meningocócica

J. García-Sicilia López. Pediatra. Experto e investigador en vacunas. HM Hospitales, Madrid. Presidente de la Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla la Mancha.

Nota.- (Simplificado y modificado de un caso real, cedido por la Dra. Paloma Dorao de la UCIP del Hospital Infantil Universitario La Paz)

Resumen

Niño de 9½ años, sano y sin antecedentes de interés, vacunado de acuerdo al calendario vigente (no vacunado frente a meningococo), que hace unas 6 horas comienza con un cuadro catarral inespecífico con fiebre de 38,5° C, siendo diagnosticado de infección respiratoria de vías altas e iniciando tratamiento con amoxicilina, pero en las últimas dos horas inicia un cuadro petequeal progresivo, confluyente hacia una púrpura generalizada, ingresando en la UCIP. Con el diagnóstico de sepsis/meningitis meningocócica se inicia tratamiento empírico antiinfeccioso. Simultáneamente se solicita analítica para confirmar la etiología (microscopía con tinción de Gram y hemocultivo). El serogrupo causal fue el W. Al alta se decidió vacunarle con vacuna antimeningocócica B (pauta completa) y tetravalente A-C-W-Y (una dosis y repetirle el refuerzo frente a la C a los 12 años).

Palabras clave: *sepsis, meningococo, vacuna, profilaxis*

Abstract

A 9½-year-old boy, healthy and without a history of interest, vaccinated according to the current calendar (not vaccinated against meningococcus), which started about 6 hours ago with a non-specific catarral picture with fever of 38.5° C, being diagnosed as respiratory infection Of highways and initiating treatment with amoxicillin, but in the last two hours a progressive petechial table, confluent towards a generalized purpura, has entered the PICU. With the diagnosis of meningococcal sepsis / meningitis, empiric anti-infective treatment is initiated. Simultaneously, analysis is required to confirm the etiology (microscopy with Gram staining and blood culture). The causative serogroup was W. At discharge it was decided to vaccinate him with meningococcal vaccine B (complete guideline) and tetravalent A-C-W-Y (one dose and repeat the booster against C at 12 years).

Keywords: *sepsis, meningococcus, vaccine, prophylaxis*

Niño de 9½ años, sano y sin antecedentes de interés, vacunado de acuerdo al calendario vigente, no vacunado frente a meningococo (porque su pediatra ha considerado más importante vacunar a su hermano de 13 años), que hace unas 6 horas comienza con un cuadro catarral inespecífico con fiebre de 38,5°C, siendo diagnosticado de infección respiratoria de vías alta e iniciando tratamiento con amoxicilina vo (50 mg/Kg/d) que en las últimas 2 horas ha iniciado un cuadro petequeal progresivo, confluyente hacia una púrpura generalizada, ingresando en la UCIP. Exploración: Mal estado general, palidez cutánea, relleno capilar 5", múltiples petequias y amplias zonas purpúricas, obnubilado, hipoactivo e hipotónico, Glasgow 9/15, ROT exaltados, Kernig y Budzinski + ±. TA, FC, aceptables. FR: 30/min, Sat O₂: 100%, Temp: 38° C

Con el diagnóstico de sepsis/meningitis meningocócica.

¿Qué serogrupo (SG) se sospecha?

- SG A
- SG B
- SG C
- Otros SGs
- A: endémico en el "cinturón de la meningitis" (África Ecuatorial) Oriente Medio (peregrinos a la Meca), Sudeste Asiático y se ha venido detectando en China, Rusia, Países Escandinavos y del Este de Europa. No se están dando casos en España⁽¹⁾.
- B: endémico en España y gran parte del mundo, se manifiesta por brotes esporádicos. Es la posibilidad etiológica más lógica ya que, aunque su incidencia en España es baja (100 casos, sin datos de Cataluña, en 2015-2016 con tasa anual en ese periodo de 0,22/100.000 habitantes)⁽¹⁾, es el principal serogrupo causante de enfermedad meningocócica invasora.

El enfermo no está vacunado frente a meningococo B y, aunque lo está su hermano de 13 años (potencial portador faríngeo, por edad, de *Neisserias*; hasta 25% de los adolescentes-jóvenes) la vacuna podría no tener suficiente efecto en la portación y, por tanto, no inducir protección de grupo⁽²⁾.
- C: su tasa en España, con vacunación mediante vacuna polisacáridica conjugada en calendario, ha descendido a 0,003/100.000 habitantes en 2015-2016 (12 casos)⁽¹⁾, aunque al estar vacunado con 2 dosis en el primer año y un refuerzo en el 2º año (pauta instaurada en 2005) es posible que ya carezca de anticuerpos protectores, si bien su principal fuente de contagio; su hermano de 13 años, debería estar revacunado recientemente, a los 12 (pauta establecida en 2014) y el efecto de esta vacuna sobre la portación faríngea es muy intenso.
- Otros (W, Y, X...): difícil por su escasa incidencia en nuestro país: en 2015-2016⁽¹⁾ 14 casos de SG W y 8 casos de SG Y. El X empezó a emerger recientemente en el cinturón africano de la meningitis.

El serogrupo B es endémico en España y gran parte del mundo, se manifiesta por brotes esporádicos. Es la posibilidad etiológica más lógica ya que, aunque su incidencia en España es baja es el principal serogrupo causante de enfermedad meningocócica invasora

¿Qué medidas inmediatas deberán tomarse?

1. Instaurar tratamiento al paciente
2. Analítica complementaria
3. Organizar profilaxis vacunal a contactos
4. Organizar profilaxis antibiótica en el entorno

1. Esta enfermedad es una de las principales y más graves urgencias pediátricas y tanto el tratamiento específico como el general, deben instaurarse inmediatamente, pese a lo cual no es infrecuente que la evolución sea fulminante y el desenlace fatal.

Se inicia tratamiento empírico anti infeccioso iv con Cefotaxima 300 mg/Kg/día y Vancomicina 60 mg/Kg/día.

Con respiración espontánea al ingreso se administra O₂ con mascarilla. Se expande volemia manteniendo buena TA y pulso. Ante la sospecha de edema cerebral, se administra noradrenalina, así como dexametasona y se mantiene fluidoterapia iv con suero salino hipertónico.

2. Simultáneamente se solicita analítica para confirmar etiología: microscopía con tinción de Gram (diplococos gram negativos) y hemocultivo, al no poder realizar aglutinación por látex (que permite detectar los 5 serogrupos prevalentes, aún con antibioterapia previa) se reserva muestra, para PCR si el hemocultivo fuese negativo (por antibioterapia previa inmediata, para detectar ADN).

Ante la sospecha de edema cerebral, no se realiza PL para analizar el LCR.

Para valorar estado general inicial y evolutivo, por el cuadro de respuesta inflamatoria sistémica, se comprueban: importante leucocitosis con neutrofilia, elevación de PCR y PCT, hiponatremia discreta, acidosis metabólica moderada, que se corrige con bicarbonato 1M.

Hb y plaquetas normales, Coagulación alterada: Actividad protrombina ↓, tiempo de cefalina (TTP) ↑ y fibrinógeno >800 mg/dL. Se transfunden 10 mL de plasma y administra una dosis de Vit. K iv.

El TC craneal muestra signos de edema cerebral e hipertensión intracraneal.

En cualquier caso, casi ningún resultado es inmediato, aunque algunos están disponibles a corto plazo.

3. El riesgo de que aparezca un 2º caso de enfermedad meningocócica es mucho más elevado en el entorno del enfermo (principalmente las primeras 48 horas y hasta una semana, tras la aparición del caso primario), que en la población general. No obstante, la profilaxis vacunal inmediata de los contactos, como tal, tiene 2 inconvenientes:
 - La protección tarda semanas en alcanzarse.
 - La vacuna a administrar dependerá del serogrupo, una vez que se confirme.
4. La profilaxis antibiótica se establece para proteger individualmente al potencial contagiado e impedir la transmisión, al eliminar la portación faríngea.

Debe instaurarse tan pronto se sospeche la enfermedad en el caso índice, básicamente a todos los convivientes o que hayan pernoctado en la misma habitación los 10 días previos, sin esperar a resultados microbiológicos si la sospecha es muy fuerte.

La meningitis meningocócica es una grave urgencia pediátrica y el tratamiento específico debe realizarse de inmediato

El riesgo de segunda enfermedad meningocócica en el entorno del enfermo se produce principalmente en las primeras 48 horas

En sospecha de etiología meningocócica, independiente del posible serogrupo causal, la profilaxis se hará con:

- Rifampicina vo: 10 mg/K (hasta 60 mg) / 12 horas x 2 días
5 mg (en lactantes menores de 1 mes)
- Ceftriaxona im: < 15 años: 125 mg x una vez
> 15 años: 250 mg x una vez
- Ciprofloxacino (adultos): 500 mg x una vez

Estos tratamientos limitan la colonización en 24 horas.

Tras la confirmación y notificación, las autoridades de **Salud Pública establecerán la profilaxis indicada para instituciones cerradas a las que asistía el caso índice. Básicamente:**

Las autoridades de Salud Pública establecerán la profilaxis indicada para instituciones cerradas a las que asistía el caso índice de meningitis

Instituciones cerradas de < 5 años:

- Profilaxis todos + personal del aula.
- Aulas que comparten actividades cerradas: todos.
- Si casos en ≥ 2 aulas todos + personal.

Centros docentes de > 5 años:

- Si más de 1 caso / aula: todos los del aula.
- Si 2 casos del mismo centro: todos los de esas aulas.
- Si ≥ 3 casos en 1 mes en ≥ 2 aulas todos + personal.

A los 5 días pasa a planta con control neurológico, por presentar signos leves de afectación cerebral generalizada, sin anomalías epileptiformes añadidas, en el EEG.

Previamente han llegado los resultados de microbiología, donde se comprueba que el serogrupo causal es:

- A
- B
- C
- Otro

Paradójicamente el serogrupo causante de este proceso es un **W**.

Recientemente en Reino Unido, el serogrupo W ha aumentado de forma lenta pero mantenida desde el año 2009 hasta quintuplicarse, lo que ha justificado la inclusión, en otoño del 2015, de la vacunación sistemática con vacuna conjugada tetravalente en el adolescente, que incluye protección frente a la cepa W, que ha pasado a considerarse endémica en Reino Unido^(3,4). En España, a pesar de que la tasa en 2015-2016 ha sido de 0,03/100.000 h^{tes}/año se ha observado un pequeño aumento de cepas W (que actualmente ocupa, a bastante distancia del B, el 2º puesto en incidencia de enfermedad meningocócica)¹, con la misma secuencia genética que la cepa hipervirulenta circulante en Reino Unido P1.5,2 ST-11 CC. Aunque por el momento esta cepa no puede considerarse endémica en nuestro país, será importante la vigilancia epidemiológica de su incidencia en los próximos años. El CAV de la AEP propugna sustituir ya la vacuna monovalente frente al SG C, en adolescentes, por una tetravalente que contiene antígeno capsular conjugado frente al serogrupo W.

Tras los resultados del antibiograma, se mantuvo el tratamiento con Cefotaxima y se suspendió la Vancomicina.

Al enfermo, por el hecho de haber padecido una enfermedad invasora por meningococo, muchos autores le consideran sujeto de riesgo para infecciones por *Neisseria Meningitidis*, por lo que al alta se decidió vacunarle con vacuna antimeningocócica B (pauta completa) y tetravalente A-C-W-Y (una dosis y repetirle el refuerzo frente a la C a los 12 años). Como la ceftriaxona limita el estado de portador, no se planteó administrarle profilaxis antibiótica.

Profilaxis vacunal de los contactos

A los enfermos de entre 6 semanas y 12 meses: 2 dosis de vacuna tetravalente conjugada (Nimenrix) con intervalo de 2 meses y refuerzo a los 12 meses. Mayores de 1 año una sola dosis de Nimenrix (polisacárido capsulares de SG A-C-W-Y conjugados con toxoide tetánico) o, a partir de los 2 años, de Menveo (conjugada con CRM₁₉₇). Ambas vacunas están disponibles en España para dispensarse como uso hospitalario, es decir se prescriben y dispensan solo en hospitales, para sujetos de especial riesgo. También se dispensan en Centros de Vacunación de viajeros Internacionales, para aquellos que se desplazan a zonas de alto riesgo.

Estas vacunas presentan una evanescencia progresiva de anticuerpos funcionales, rápida y precoz frente al serogrupo A, algo menor frente al C (similar al observado con la vacuna C monovalente conjugada) y más aceptable frente a W e Y por lo que, dependiendo de la duración del riesgo potencial, las vacunas tetravalentes podrían precisar un refuerzo frente al SG A al año de la anterior y frente a los 3 restantes SGs a los 3-5 años.

Su mejor estrategia comunitaria de aplicación, es la que tiene como objetivo los portadores (adolescentes y adultos jóvenes) dificultando la circulación de los patógenos que protegen. En los más pequeños se generaría fundamentalmente una protección individual de escasa duración.

En España, a pesar de que la tasa en 2015-2016 ha sido de 0,03/100.000 htes/año se ha observado un pequeño aumento de cepas W (que actualmente ocupa, a bastante distancia del B, el 2º puesto en incidencia de enfermedad meningocócica)

El CAV de la AEP propugna sustituir ya la vacuna monovalente frente al SG C, en adolescentes, por una tetravalente que contiene antígeno capsular conjugado frente al serogrupo W

La vacuna tetravalente conjugada, en dos dosis, se administrará entre las 6 semanas y los 12 meses de vida. Las vacunas ya están disponibles en España

Preguntas tipo test

1. Respecto al meningococo ¿cuál de las siguientes es incorrecta?

- a) Reservorio exclusivamente el ser humano.
- b) Porcentaje de portadores asintomáticos hasta el 10% en niños y adolescentes (portadores asintomáticos hasta el 10% en niños y 25% de los adolescentes).
- c) Predominio a finales de invierno y principio primavera.
- d) Mortalidad superior al 10% y graves secuelas permanentes en el 20%.
- e) El inicio de la infección puede simular un proceso viral y en cuestión de horas puede sobrevenir shock y muerte.

2. Los sujetos con riesgo elevado de padecer enfermedad meningocócica son:

- a) Personas con déficit de complemento.
- b) Asplenia funcional /anatómica.
- c) Implantes cocleares o programados para recibirlos.
- d) Viajeros a zonas de riesgo.
- e) Todos.

Respuestas en la página 116

Bibliografía

1. Boletín epidemiológico semanal, ISCIII, semana 40; octubre 2016
2. Lahdani SM, *Emerging infectious diseases* 2016; 22:2
3. Campbell H, *Eurosurveillance*, 2015; 20:28
4. Public Health England (PHE). *The Joint Committee on Vaccination and Immunization, JCVI (13 March) 2015*

Síndrome Poliuria-Polidipsia e Hipocrecimiento

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

Resumen

Se presenta un caso de una niña de 8 años y 10 meses con un cuadro de poliuria-polidipsia de un mes de evolución, junto con hipocrecimiento. Se realizan controles periódicos de imagen así como estudios hormonales del eje hipotálamo-hipofisario siendo normales. Al año de seguimiento presenta un incremento del tallo hipofisario que confirma el diagnóstico de germinoma puro. Se realiza tratamiento con radioterapia y tras dos años de seguimiento con resonancias normales, se instaura tratamiento con hormona de crecimiento.

Palabras clave: *poliuria, polidipsia, tallo hipofisario, resonancia craneal, radioterapia*

Abstract

We present a case of a girl of 8 years and 10 months with a polyuria and polydipsia of a month of duration associated a growth failure. MRI brain and hypothalamus-hypophysis hormone studies were normal. She was diagnosed of idiopathic central diabetes insipidus. After a year of follow-up, MRI brain showed thickened pituitary stalk. Diagnosis of germinoma was made. Radiotherapy were performed with adequate evolution. After two years of follow-up growth hormone deficit was diagnosed and treatment.

Keywords: *polyuria, polydipsia, tallo hipofisario, resonancia craneal, radioterapia*

Motivo de consulta

Niña de 8 años y 10 meses de edad que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de poliuria, polidipsia y nicturia de inicio brusco hace 30 días. No ha presentado cambios en el comportamiento, pero la sintomatología le impide la actividad cotidiana y desempeño escolar. Asimismo, notan sus padres que desde hace un año presenta una disminución del ritmo de crecimiento. Sin cefalea, vómitos ni trastornos de visión.

Antecedentes Familiares: madre: talla 155 cm, menarquia 13 años, padre: talla 177 cm, desarrollo puberal normal. Talla genética: 159 ± 5 cm. **Antecedentes Personales:** embarazo y parto normal. PRN: 3000 g. LRN: 50 cm. Sin antecedentes de interés hasta la enfermedad actual.

Exploración física: Peso: 24 Kg (P 10-25), Talla: 126 cm (P25), TA: 89/65, FC: 90 l/m, T^a 36,7°C Sin signos de deshidratación, ni rasgos dismórficos. Tanner I (T1, P1, Aa). Avidez por el agua, sin especial apetencia por líquidos fríos.

Estudios complementarios

- ▶ Hemograma: normal
- ▶ Bioquímica: - Glucemia: 94 mg/dL - Na⁺: 139 mEq/L - K⁺: 3,4 mEq/L - Cl⁻: 111 mEq/L
- ▶ Osmolaridad suero: 295 mOsm/kg H₂O ▶ Osmolaridad orina: 70 mOsm/kg H₂O

Ante la sospecha de diabetes insípida central, se realiza *test de restricción hídrica* que confirma el diagnóstico:

Tras 10 horas de restricción hídrica:

- Na⁺: 149 mEq/L. Osmol_s: 350 mOsm/kg/H₂O. Osmol_o: 200 mOsm/kg/H₂O.
- Concentrando en orina hasta 537 mOsm/kg tras la administración de vasopresina.
- Se inicia tratamiento con desmopresina oral (60 mcg/día), con buen control posterior.

Se realiza a continuación: Estudio hipofisario: normal y RM: Ausencia neurohipófisis/tallo normal. Se realizan controles periódicos cada 6 meses.

A los 10 años y 11 meses, se realiza nueva RM craneal, objetivándose un engrosamiento del tallo hipofisario (4-5 mm) y glándula hipofisaria normal. Asimismo, presenta niveles muy disminuidos de IGF-I e IGFBP-3, sugerentes, en el contexto clínico de deficiencia de hormona de crecimiento (GH), experimentando una disminución importante de la velocidad de crecimiento, con retraso de la edad ósea (EO) de aproximadamente 2 años. Se realiza test de clonidina e hipoglucemia insulínica, que confirma el diagnóstico de deficiencia de GH.

Controles oftalmológicos, ecografía abdominal, serie ósea (sin lesión osteolítica) y determinación de marcadores tumorales en LCR (alfa-fetoproteína y βHCG) normales.

Los controles periódicos de RM craneal muestran un aumento progresivo del engrosamiento del tallo hipofisario, de hasta 17x22x20 mm, realizándose biopsia con el diagnóstico de **germinoma puro**. Se inicia tratamiento con radioterapia fraccionada (40 Gy durante 4-5 semanas). Posteriormente se realiza RNM craneal seriada, sin observarse signos de recidiva tumoral ni diseminación leptomeníngea. Tallo hipofisario fino y centrado.

Evolución clínica

1. Déficit de ADH.- Desde su diagnóstico a la edad de 8 años y 10 meses, se encuentra en tratamiento con desmopresina oral. En la actualidad, recibe una dosis de 60 mcg c/12 horas.

4. Déficit de GH.- Desde que fue diagnosticado de su tumoración supraselar, los niveles séricos de IGF-I e IGFBP-3 se han mantenido muy disminuidos, lo que en el contexto de su deficiencia hipofisaria múltiple sugiere una deficiencia de GH.

A los 12 años y 9 meses de edad inicia tratamiento con hormona de crecimiento recombinante, presentando una respuesta adecuada sin efectos secundarios de interés (Figura). A los 13 años y 4 meses y con una edad ósea de 11 años y 6 meses inicia el desarrollo puberal, presentando una evolución normal y menarquia a los 15 años y 7 meses (Figura 1). Actualmente la paciente tiene una edad cronológica de 17 años y 9 meses. Presenta una talla de 159,3 cm (P 25-50), normal para su talla genética y asimismo, presenta ciclos menstruales regulares.

Diagnóstico. 1. Germinoma puro (tratado con radioterapia) **2.** Deficiencia de hormonas hipofisarias secundaria a 1 (deficiencia de ADH y GH).

Discusión

Los tumores de células germinales (TCG) pueden presentarse como neoplasias cerebrales primarias, principalmente en la edad pediátrica. La incidencia varía de un 0,3-0,5% de las neoplasias intracraneales primarias y aproximadamente un 3% de los tumores cerebrales primarios. El 68% de los germinomas se diagnostican entre los 10 y los 21 años, con un pico a los 10-12 años. Progresan rápidamente y se diseminan por el espacio subaracnoideo mediante infiltración periventricular. Asientan más frecuentemente en la glándula pineal (50-60%) y afectan más a varones (2,5/1), seguida del hipotálamo (30-40%), y otras localizaciones (ganglios de la base y tálamo). Cuando la afectación es pineal y supraselar se denominan germinomas bifocales.

El síntoma inicial suele ser una diabetes insípida, en la cual la poliuria y la polidipsia pueden ser los únicos síntomas durante meses. Aparece más frecuentemente en aquellos tumores que afectan al infundíbulo (craneofaringioma, germinoma y glioma óptico), así como tras la cirugía (Tabla 1).

Las manifestaciones clínicas dependen de la localización. Los tumores pineales tienden a manifestarse con hidrocefalia y alteraciones del movimiento ocular (síndrome de Parinaud), y las lesiones de la región supraselar producen alteraciones visuales y alteraciones endocrinológicas, tales como diabetes insípida, retraso de crecimiento y pubertad precoz o retrasada, entre otras.

El déficit de GH es la complicación más frecuente, precoz y mejor estudiada de la radioterapia craneal, apareciendo entre el 52-100% de los pacientes. El déficit total de GH aparece con dosis >30Gy (aparece antes cuanto mayor dosis de radiación). Esta disfunción es a nivel hipotalámico, por alteración de los mecanismos de contrarregulación gobernados por el sistema GHRH/somatostatina dado que es más radiosensible que la hipófisis; dañándose ésta última sólo con dosis más altas de radiación.

La talla final en nuestro paciente esta dentro de la normalidad para su talla familiar. La talla final inferior a la talla diana observada en algunos pacientes podría deberse a: déficit de GH, daño de la radioterapia sobre columna y huesos largos, malnutrición por disminución de la ingesta, recidiva tumoral, quimioterapia, corticoterapia, pubertad precoz y otras endocrinopatías. Existe asociación entre talla baja adulta y una menor edad al diagnóstico.

Los tumores germinales son altamente radiosensibles y la radioterapia sola ha sido el tratamiento tradicional. En el pasado se utilizó la irradiación craneoespinal con refuerzo en la región del tumor primario, observándose una supervivencia a 5 años de un 90%. Actualmente se tiende a disminuir la dosis para minimizar los efectos secundarios. La quimioterapia (ciclofosfamida, etopósido, cisplatino y carboplatino) como tratamiento aislado tiene una tasa de respuesta total cercana al 90%, pero tiene un índice de recaídas del 50% y una toxicidad elevada, por lo que se utiliza como coadyuvante a la RT, lo que parece reducir su dosis y el volumen radiado con resultados óptimos.

Los germinomas son neoplasias cerebrales primarias, diagnosticándose el 68% entre los 10 y 21 años

El síntoma inicial suele ser una diabetes insípida durante meses

El déficit de hormona de crecimiento es la complicación más frecuente y precoz tras la radioterapia

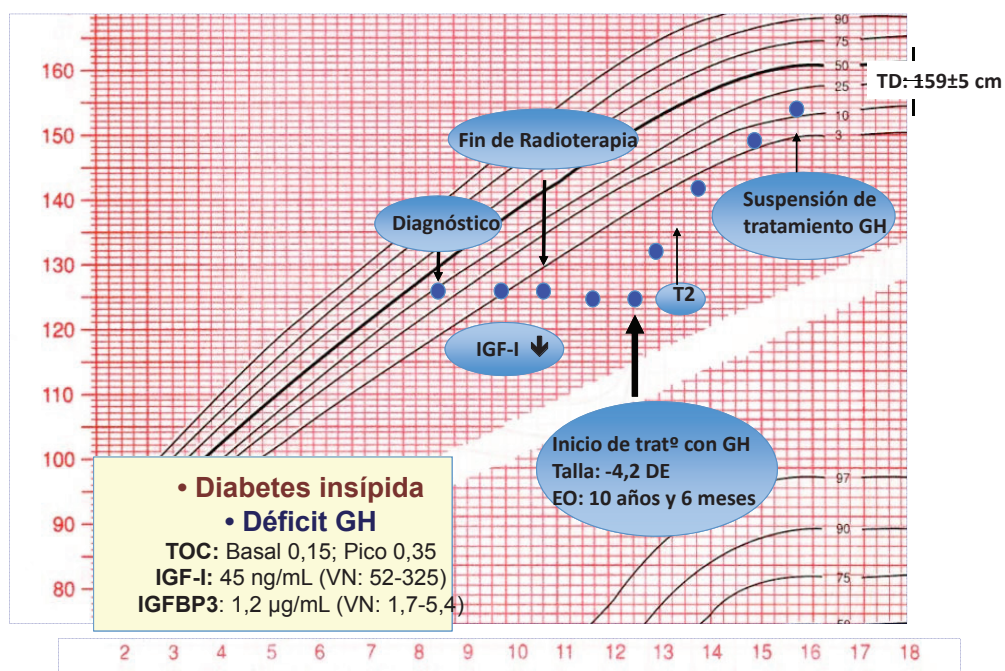
El tratamiento consiste en la administración de quimioterapia y radioterapia

Tablas y figuras

Tabla 1. Síntomas dependiendo de la localización

Localización	Síntomas
Región PINEAL	Hidrocefalia Síndrome de Parinaud Signos Piramidales Ataxia
Región SUPRASELAR	Diabetes insípida Defectos visuales Hipopituitarismo Retraso puberal Deficiencia aislada de GH

Figura 1.



Preguntas tipo test

1. Ante un engrosamiento de tallo hipofisario no debemos realizar:

- a) Resonancia craneal de control cada 6 meses.
- b) Control clínico estrecho del paciente.
- c) Marcadores tumorales en LCR.
- d) Estudio de médula ósea.
- e) Estudios hormonales de la adenohipófisis.

2. Ante la sospecha de una diabetes insípida central se debe realizar:

- a) Glucemia basal en ayunas.
- b) Iones en sangre.
- c) Iones en orina.
- d) Densidad y osmolaridad en orina.
- e) Prueba de restricción hídrica.

Respuestas en la página 116

Bibliografía

1. Aslan IR, Cheung CC. Early and late endocrine effects in pediatric central nervous system diseases. *J Pediatr Rehabil Med.* 2014;7:281-94
2. Wang Y, Zou L, Gao B. Intracranial germinoma: clinical and MRI findings in 56 patients. *Childs Nerv Syst.* 2010;26:1773-7.
3. Yang P, Li L, Kuang W, Li B, Zhou B, Yang J, Huang H. Intracranial multiple germ cell tumors: a case report and review of literature. *Int J Clin Exp Pathol.* 2014;7:9002-7
4. Al-Mahfoudh RI, Zakaria R, Irvine E, Pizer B, Mallucci CL. The management of bifocal intracranial germinoma in children. *Childs Nerv Syst.* 2014;30:625-30.
5. Jorsal T, Rørth M. Intracranial germ cell tumours. A review with special reference to endocrine manifestations. *Acta Oncol.* 2012;51:3-9.
6. Paximadis P, Hallock A, Bhambhani K, Chu R, Sood S, Wang Z, Konski A. Patterns of failure in patients with primary intracranial germinoma treated with neoadjuvant chemotherapy and radiotherapy. *Pediatr Neurol.* 2012;47:162-6.
7. Hu M, Guan H, Lau CC, Terashima K, Jin Z, Cui L et al. An update on the clinical diagnostic value of β -hCG and α FP for intracranial germ cell tumors. *Eur J Med Res.* 2016; 12;21:10.
8. Jensen AW, Laack NN, Buckner JC, Schomberg PJ, Wetmore CJ, Brown PD. Long-term follow-up of dose-adapted and reduced-field radiotherapy with or without chemotherapy for central nervous system germinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2010 1;77:1449-56.

Adolescente con pérdida brusca de la agudeza visual

G. Perkal Rug. Pediatra. Hospital Santa Caterina. I.A.S. Girona Servicio de Pediatría. Consulta de Adolescentes.

Resumen

La *Esclerosis Múltiple (EM) Pediátrica* se define como el inicio de la enfermedad antes de los 18 años. Se considera una enfermedad rara a esta edad que puede conducir a déficits tanto físicos como cognitivos. Su prevalencia es: 1.35-2.35 / 100.000 niños. 5% en <18 años; 3% en < 16 años; 1% en < 10 años. Predomina en el sexo femenino en una relación *de* 2.8. En pediatría destacan dos formas clínicas de presentación: a) Encefalopatía (16-20%), en menores de 11 años; b) Síndrome clínico aislado: neuritis óptica, mielitis transversa, síndrome cortical. Dado que la adolescencia es una época de la vida en la que es frecuente el debut de enfermedades con una base etiopatogénica de tipo inmunológico, presentamos este caso clínico, en el que destaca una clínica de aparición aguda y sugestiva de otras patologías.

Palabras clave: *cefaleas, pérdida aguda de la agudeza visual, neuritis óptica*

Abstract

Pediatric Multiple Sclerosis (MS) is defined as the onset of the disease before age 18. It is considered a rare disease at this age that can lead to both physical and cognitive deficits. Its prevalence is: 1.35-2.35 / 100,000 children. 5% in <18 years; 3% in <16 years; 1% in <10 years. It predominates in the female sex in a ratio of 2/8. In pediatrics, there are two clinical forms of presentation: a) Encephalopathy (16-20%), in children under 11 years; B) Isolated clinical syndrome: optic neuritis, transverse myelitis, cortical syndrome. Since adolescence is a time of life in which it is frequent the debut of diseases with an etiopathogenic base of immunological type, we present this clinical case, in which a clinic of acute onset and suggestive of other pathologies stands out.

Keywords: *headache, acute loss of visual acuity, neuritis*

Motivo de consulta

Adolescente de 16 años 2 meses, de sexo femenino, que consulta por disminución importante de la agudeza visual en el último mes.

Antecedentes personales: Menarquia: 13a 8m. Amigdalitis recurrentes. Bronquitis aisladas hasta los 4-5 años. Adenoidectomía a los 4 años. Astigmatismo y miopía desde los 6 años. Controles anuales sin aumento significativo de la graduación. Cefaleas migrañosas frontotemporales derechas desde los 8 años que se intensifican a los 14 años y cambian a la localización frontotemporal izquierda, controladas parcialmente con tratamiento con Propanolol preventivo y Sumatriptan nasal. 14a 11m: Astenia marcada, insomnio de conciliación y síntomas sugestivos de un trastorno depresivo, en seguimiento psiquiátrico y psicológico y en tratamiento con Fluoxetina y Diazepam. 15a 9m: episodios infecciosos secuenciales: infección vírica con fiebre y cefalea de 10 días de evolución luego una faringitis con fiebre asociada y posteriormente una GEA prolongada. 15a 11m: gastritis aguda con hematemesis, ingresada 48hs. Posteriormente nuevo episodio de infección vírica con fiebre alta y cefalea de 7 días de evolución. Analítica con pruebas reumáticas, serología víricas (VEB y CMV), Ig y subclases de IgG normales.

Antecedentes familiares: Sin interés.

Exploración física: BEG. Eutrófica. Hemodinámicamente estable. Glasgow 15.PICNR.Sin signos de focalidad neurológica. Tono y fuerza muscular conservados.ROT presentes y simétricos. Sensibilidad conservada. Fondo de ojo: no se observa edema de papila. Resto de la exploración por aparatos normal. Tañer 5.

Orientación diagnóstica

Adolescente. Disminución aguda de la agudeza visual. Antecedente de cefaleas, parcialmente controladas con tratamiento preventivo que han cambiado la localización. Todo ello sugiere: ¿Masa ocupante? ¿Patología oftalmológica aguda?

Exámenes complementarios

- Valoración oftalmológica se observa Mieloneuritis óptica izquierda.
- RM: Lesiones puntiformes en SB periventricular frontoparietal de predominio izquierdo. Alteración de la señal del nervio óptico. Médula espinal: pequeña lesión de 6 mm en cordones posteriores a la altura de odontoides.
- LCR Aumento de IgG oligoclonal.

Evolución

11 meses posteriores: Neuritis óptica derecha. 4 meses posteriores: brote medular con urgencia miccional. Nueva RM: 18 lesiones nuevas= 12 periventriculares, 4 cuerpo callos, 1 infratentorial, 1 medular.

TRATAMIENTO: Fingolimod + Ditropan.

Comentario

La *Esclerosis Múltiple (EM) Pediátrica* se define como el inicio de la enfermedad *antes de los 18 años*. Se considera una enfermedad rara a esta edad que puede conducir a déficits tanto físicos como cogni-

La esclerosis múltiple es una enfermedad rara, que produce déficits físicos y cognitivos

La causa es una disregulación del sistema inmune periférico

tivos. Su diagnóstico en la edad pediátrica se ve dificultado por su baja incidencia y por las diferentes formas clínicas de presentación. Dentro de los grupos que estudian los avances en el estudio y tratamiento de la enfermedad destaca el *International Pediatric Multiple Sclerosis Study Group*.

Epidemiología Prevalencia: 1,35-2,35 / 100.000 niños. 5% en <18 años; 3% en < 16 años; 1% en < 10 años. *Sexo: fem./masc. = 2/8. Raza:* diferentes etnias y procedencias (Caribe, Asia, África, Europa central y del este). *Edad:* influenciada por el lugar de residencia durante la infancia. Estudios migratorios sugieren que los individuos menores de 14 años que migran adquieren el riesgo de EM del lugar donde residen.

Patogenia: La causa es una *disregulación del sistema inmune periférico* que conduce a una *lesión del SNC* y que requiere la combinación de factores de riesgo *genético y ambiental* que actúan como detonantes. **Genética:** el riesgo de desarrollar EM en familiares de primer grado es del 5%; en gemelos monocigóticos del 25% y en dicigóticos del 5%. Interactúan genes relacionados con factores inmunológicos neuroprotectores y con la mielina. Hay 110 variantes genéticas; el factor de mayor riesgo genético para el inicio precoz de la enfermedad es la presencia de al menos una copia del **HLA-DRB1* 15: 01** o **15:03** en africanos ambos son correceptores para que VEB entre en el LB. Otros son el **DQA1*0102** y **DQB1*0602**. **Factores ambientales: VEB** (el Ag nuclear tiene una estructura similar a la de la proteína básica de la mielina). El 86% de niños con EM tienen marcadores serológicos de infección pasada por VEB. **Niveles bajos de vitamina D:** es uno de los factores de riesgo más importantes y determinantes de la severidad en niños y adultos; principalmente en los **HLA-DRB1*15**. Por cada 10 ng/ml de aumento de los niveles séricos de 25-OH- vitamina D disminuyen en un 34% los botes de la enfermedad. **Inadecuada exposición a la luz solar. Exposición al humo del cigarrillo.**

Clínica: Episodios recurrentes de desmielinización en el SNC separados en espacio y tiempo. *Formas de presentación:* 1-*Síndrome clínico aislado: Neuritis óptica, Mielitis trasversa, Síndrome cortical* 2-*Encefalopatía: cefalea, vómitos, convulsiones, alteración de la consciencia (16-20%). La mayoría < 11 años.*

Curso clínico: Recaída-Remisión: forma de inicio en el 97-99% de los niños, con *recuperación parcial o completa* de sus funciones. *EM Primaria Progresiva: pérdida progresiva* de funciones, sin brotes. *Fatiga* (muy frecuente). *Depresión* (20-50%). *Déficits cognitivos:* procesamiento de la información, lenguaje, integración visomotora, memoria visual y verbal. Están relacionados con la duración y severidad de la enfermedad.

Diagnóstico

En la RM se observan múltiples lesiones en la sustancia blanca y aumento de áreas inflamatorias y compromiso de la barrera hematoencefálica

RM: Secuencias T2: múltiples lesiones, bien delimitadas, en la sustancia blanca periventricular, juxtacortical, infratentorial y médula espinal. **Secuencias T1: «agujeros negros»** o **lesiones hipointensas** que representan pérdida completa de tejido secundarias a un proceso inflamatorio previo. **Secuencias T1 con contraste con gadolinium:** aumento de las áreas inflamatorias y compromiso de la barrera hematoencefálica.

LCR (variable en los niños): Bandas oligoclonales de IgG. Aumento de IgG.

Potenciales evocados visuales y somatosensoriales (variables en pediatría) (Criterios diagnósticos de *Mc Donald 2010*). Tienen alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de EM pediátrica en > 12 años. El objetivo es la demostración objetiva de la diseminación de las lesiones en tiempo y espacio. Se basa tanto en hallazgos clínicos aislados como la combinación de hallazgos clínicos y en la RM.

Diseminación en espacio: en la RM, presencia de *1 más T2 lesiones* en al menos 2 de 4 localizaciones típicas de la EM en el SNC (periventricular, yuxtacortical, infratentorial o médula espinal) o la afectación de una localización diferente del SNC en el curso de un nuevo brote.

Diseminación en tiempo: demostración simultánea en la RM, *en cualquier momento de la evolución, de lesiones asintomáticas, realzadas o no con gadolinium o aparición de nuevas lesiones en T2 y/o realzadas con gadolinium* en el seguimiento con RM o en el curso de un nuevo brote.

Criterios diagnósticos de EM en pediatría

Debe cumplirse *cualquiera* de los siguientes criterios:

- Dos o más manifestaciones clínicas de afectación del SNC (no encefalíticas) de posible causa inflamatoria, separadas por >30 días y con afectación de más de un área del SNC.
- Un episodio típico de EM, no encefalítico, asociado a imágenes en la RM que cumplen los criterios de Mc Donald 2010 para diseminación en espacio y que, en el seguimiento con RM, presenta al menos una lesión nueva para cumplir el criterio de diseminación en tiempo.
- Un episodio de encefalomiелitis aguda diseminada (ADEM) seguido en un mínimo de 3 meses por una manifestación clínica no encefalítica y asociado a nuevas lesiones en la RM que cumplen los criterios de McDonald 2010 de diseminación en espacio.
- Un primer y único episodio que no reúne los criterios de ADEM y que se asocia a imágenes en la RM que cumplen los criterios de McDonald 2010 de diseminación en espacio y en tiempo (sólo aplicable en > 12 años).

Diagnóstico Diferencial (Tabla I)

Tratamiento

Aunque las siguientes terapias aún no han sido formalmente aprobadas para su uso en pediatría, cada vez se utilizan más, formando parte de ensayos clínicos. Es importante que tanto el paciente como su familia participen en la elección del tipo de tratamiento a seguir para garantizar así una mayor adherencia al mismo.

Tratamientos de primera línea. Incluyen tratamientos parenterales IM: Acetato de glatiramer, Interferón beta. Ambos reducen en un 30% las recaídas clínicas. Si no hay respuesta o los efectos secundarios son difíciles de controlar se puede cambiar a otras drogas de primera línea o pasar a las de segunda línea.

Tratamientos de segunda línea Su eficacia es mayor pero también lo es el riesgo potencial de presentar importantes efectos secundarios. El más estudiado en pediatría es el **Natalizumab**. Hay en estudio nuevas terapias orales que podrían ser una alternativa más segura para su uso en pediatría. En las exacerbaciones agudas se utilizan los corticoides. Metilprednisolona ev, 30 mg/Kg/d (dosis máxima 1000 mg/d) durante 3-5 días. Si no hay respuesta: Gamaglobulina **ev** Plasma. Tratamiento sintomático Tratamiento psicológico.

Tratamiento de primera línea: acetato de glatiramer, Interferón beta

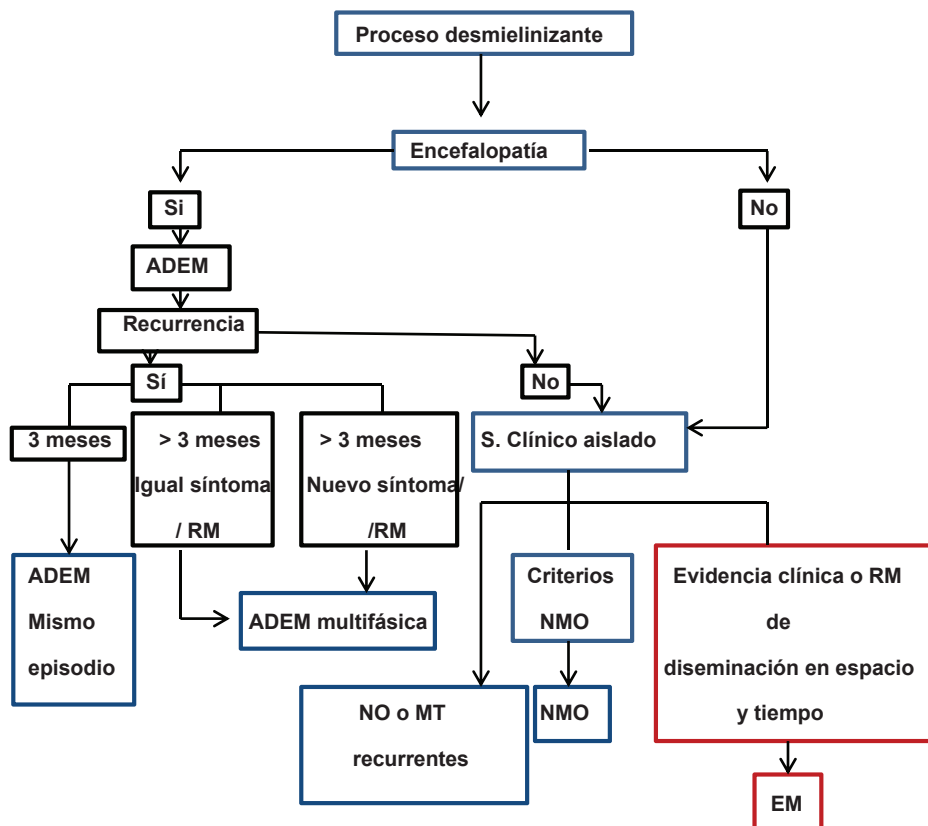
Tratamiento de segunda línea: Natalizumab

Tablas y figuras

Tabla 1. Diagnóstico diferencial

Enf. Inflamatoria	ADEM/MDEM, LES, S. Anticuerpos antifosfolípidos E. Sjögren, E. Behçet
Tumores del SNC	Linfoma, Glioma de alto grado
Leucodistrofias	L. Metacromática, Adrenoleucodistrofia ligada al X, E. de Alexander
Infecciones del SNC	Inf. agudas bacterianas o virales, E. de Lyme, Virus West Nile, Sífilis, HIV
Deficiencias de vitaminas	B12, Folatos
Enf. Granulomatosa	Neurosarcoidosis, Granulomatosis de Wegener
Enf. Mitocondriales	Neuropatía óptica hereditaria de Leber

Figura 1. Diagnóstico de un cuadro clínico de desmielinización



ADEM: encefalomielitis aguda diseminada; **NO:** neuritis óptica; **NMO:** neuromielitis óptica; **MT:** mielitis transversa; **EM:** esclerosis múltiple.

Preguntas tipo test

1. Cuál es la incidencia de la Esclerosis Múltiple en Pediatría:

- a) 0,2-0,5%
- b) 1-5%
- c) 1-2%
- d) 0,5-1%

2. En pediatría la forma clínica de presentación de la Esclerosis Múltiple es:

- a) Encefalopatía.
- b) Neuritis óptica.
- c) Mielitis transversa y Síndrome cortical.
- d) Todas son correctas.

3. El diagnóstico diferencial más frecuente es:

- a) Tumores del SNC.
- b) Infecciones del SNC.
- c) Encefalomiелitis aguda diseminada.
- d) Enfermedades mitocondriales.

Respuestas en la página 116

Bibliografía

1. Pathogenesis, clinical features, and diagnosis of pediatric multiple sclerosis. Timothy E Lotze, MD Section Editors: Marc C Patterson, MD, FRACP. Francisco Gonzalez-Scarano, MD. Deputy Editor: John F Dashe, MD, PhD UpToDate, Set.21, 2015.
2. Esclerosis múltiple en pediatría. Dr. David Lyncet-Mejorado, Dr. Eduardo Barragán-Pérez. Bol Med Hosp Infant Mex Vo.63, enero-febrero 2006.
3. Pediatric Multiple Sclerosis in the Spotlight CME. Lauren Krupp, MD Medscape Education. Set.25, 2015.
4. Pediatric multiple sclerosis: update in diagnosis and management. A. Ghezzi. Eur Neurol. 2014; 72 Suppl 1:26-28.
5. Vitamin D status is associated with relapse rate in pediatric-onset multiple sclerosis. EM Mowry, LB Krupp, M Milazzo, D Chabas, JB Strober, AL Belman. Ann Neurol. 2010; 67(5):618-624.
6. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the Mc Donald criteria. C Polman, S Reingold, B Banwell et al. Ann Neurol. 2011; 69(2):292-302.
7. Elevated relapse rates in pediatric compared to adult MS persist for at least 6 years. LA Benson, BC Healy, MP Gorman et al. Mult Scler Relat Disord. 2014; 3(2):186-193.
8. Clinical and MRI activity as determinants of sample size for pediatric multiple sclerosis trials. LH Verhey, AL Signori, D Arnold et al. Neurology. 2013; 81(14):1215-1221.
9. Pediatric multiple sclerosis: what we know and where are we headed? WS MacAllister, C Christodoulou, M Milazzo et al. Child Neuropsychol. 2013; 19(1):1-22.
10. Treatment of pediatric multiple sclerosis. S Narula, SE Hopkins, B Barnwell. Curr Treat Options Neurol. 2015; 17(3): 336.

El adolescente en el siglo XXI. Familia, escuela y sociedad

La historia marcada y repetida por la ontogenia y por la filogenia, nos muestra que comenzamos un huevo, unicelulares como amebas, batracios, reptiles, cuadrúpedos y finalmente bípedos

Herederos de una historia previa, somos organizados por vínculos, recuerdos que dan significado a la existencia que nos pertenece y organiza, son ellos que se constituye en nuestro patrimonio cultural, son valores, son significados

Cuando una madre pare y después amamanta, enseña los primeros encuentros sociales a su hijo, marca el comienzo de la vida social y de la esperanza de un encuentro vincular. Esta huella puede ser guardada como un recuerdo o como una cicatriz dependiendo del carácter de amor u odio que esté presente en ese *estar-con*

R. Curí Hallal. Médico Psiquiatra. Doctor en Psiquiatría. Profesor en Salud Integral de la Adolecencia de varias Universidades (Méjico, Argentina). Asesor Extranjero del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud – Campus Virtual - Fundación H.A. Barceló Argentina. Fundador del Instituto de humanización y del Instituto Brasileiro de familia y menor de Rio de Janeiro. Brasil

La humanidad se rehace en cada niño que nace

Un hombre no puede tornarse hombre si no por las huellas en su propio cuerpo de la historia de su descendencia. Cada ser humano, antes de nacer, recita en su propio cuerpo la historia de la evolución, repitiendo sin cesar: "Una vez yo fui un pez, una vez yo fui réptil, una vez yo fui mono, ahora soy un Hombre." A medida que el cerebro se desarrolla en el embrión humano, recapitula rápidamente la historia de la evolución del cerebro desde la esponja hasta los mamíferos. La historia marcada y repetida por la ontogenia y por la filogenia, nos muestra que comenzamos un huevo, unicelulares como amebas, batracios, reptiles, cuadrúpedos y finalmente bípedos.

Familia de los humanos

Herederos de una historia previa, somos organizados por vínculos, recuerdos que dan significado a la existencia que nos pertenece y organiza, son ellos que se constituye en nuestro patrimonio cultural, son valores, son significados. Somos ejemplares únicos, somos sujetos históricos, transportadores de afectos positivos y negativos. Aprender a conocer la realidad exige un camino para alcanzar nuestros antepasados e imaginar que hicieron ellos a lo largo de la historia. ¿Cómo saber quiénes somos si no salimos de nuestro pequeño mundo actual?

Vinculados descubrimos el *alimento* y en grupo creamos la *actividad cooperante*. La *falta de seguridad* reforzó las costumbres gregarias y la cooperación incrementó la comunicación y por medio de alcanzar la *palabra* se produjo una permanente e íntima relación y de ese modo la solidaridad. La *posición erecta* alarga horizontes, deja las manos libres para otros usos con valor de vida y muerte. La *conquista del fuego* solo fue alcanzada porque hubo un sistema de comunicación y cooperación que permitió la manutención del mismo por la acción de varias personas. De la recolección de vegetales surge la *agricultura* y el conocimiento de los demás animales crea la *pecuaria*. Luego la conservación de los alimentos y su *almacenamiento*.

Las leyes biológicas del hospedaje y de la donación son la matriz (madre). Cuando una madre pare y después amamanta, enseña los primeros encuentros sociales a su hijo, marca el comienzo de la vida social y de la esperanza de un *encuentro vincular*. Esta huella puede ser guardada como un recuerdo o como una cicatriz dependiendo del carácter de amor u odio que esté presente en ese *estar-con*. Esto, ya justificaría años dedicados a esta educación, es algo para retomar con los padres, los puericultores y los psicoanalistas para que se incentiven los cuidados del recién-nacido y al recién-padre y a la recién-madre. (R. Curí Hallal, 1978).

Los mamíferos, al ser amamantados son los únicos animales que comen pedazos del otro sin matarlo. La historia del apego comienza por lo tanto, con el cuidado del recién-nacido y de los

recién-padres, es una historia de preservación de la vida construida en un sistema cooperativo, familiares, amigos, profesionales. Nunca nos olvidemos de que la edad de los hijos corresponde la edad de las paternidades, los padres antes eran y miraban al mundo como hijos. El apego es bipolar: uno enseña al otro a amar y a ser-amado.

¿Escuela o (educación)?

El monto de información, la velocidad de la transmisión, la superación de las limitaciones espaciales, la utilización simultánea de múltiples medios (imagen, sonido, texto) presentan estas nuevas tecnologías. Su utilización obliga a modificar conceptos básicos como los del **tiempo** y **espacio**. El enfoque central deberá estar en el ser humano y no en los productos.

La escuela mantuvo un Sistema ultrapasado al servicio de la sociedad industrial, que usó la escuela para formar "el obrero" del mundo de las fábricas. Hoy en un mundo donde la información y conocimientos se acumulan y circulan a través de medios tecnológicos cada vez más sofisticados y poderosos, el papel de la escuela se define por su capacidad de preparar para el uso consciente, crítico y activo de los aparatos que acumulan la información y el conocimiento, también un espacio que crie disposición para la convivencia, las relaciones cara a cara, con la posibilidad de ofrecer un dialogo directo, un intercambio con personas reales donde los instrumentos técnicos sean lo que son, instrumentos y no fines en sí mismo. Eso hace la socialización eficaz. Autonomía con vínculos, sin aislamientos. Estimulando diálogos, no silencios.

Ya no sirve una felicidad inocente, orbitas baja no dejan buenos resultados. No encomienden los sueños ajenos, al final ¿para qué sirve crecer? Los niños están cada vez más distantes de la naturaleza, solo TV, juegos, superfluos, celulares, redes (antisociales) a ocuparles con estímulos narcisistas a través de *imperialismo del yo*. No se trata de alquilar una compañía sino *como se ofrece* lo que damos, mayor valor aún para *como* damos. Este si es el verdadero valor a ser vivido. Hay evidencias de manipulación para construir consumidores, que enajenados consumen y son consumidos. Hay padres que incluyen las maquinas en la vida de los hijos de forma ingenua haciendo poco por socializarlos. Un ejemplo está en el sexo transformado en *producto de primera necesidad*. Inundados de estimulaciones direccionadas, poco resta de energía para otros intereses biológicos y sociales en la vida de los adolescentes. Los niños son blanco del *marketing* del sexo por la industria de los cosméticos, de la ropa y del mundo del espectáculo. Del otro lado del prejuicio y de la exclusión siempre habrá de estar alguien impermeable a las razones ajenas. Será siempre positivo cambiar una obligación por el derecho de elegir.

Los niños *no* necesitan de pantallas; si de música, de contactos familiares, de quien les cuente historias, de presencias más que regalos. Que les ofrezcan valores inmateriales, afectos, sentirse mirados, no mirar pantallas, precisan de manos, de caricias, abrazos, incentivos, horas y convivios familiares, ocuparse con fantasías que compongan sus sueños, que se los incluya en la realidad, moderando la *ficción incentivada*.

"La tecnocracia ve números y no ve personas, pero sólo ve los números que le conviene mirar".
Eduardo Galeano.

Educación universitaria

El objetivo básico de la educación del futuro será lograr que las personas aprendan a aprender, el estudiante tendrá una participación inclusiva, será más responsable por su propio aprendizaje. Raramente la Universidad se preocupa por los seres humanos y con su salud mental. El

La cantidad de información, la velocidad de la transmisión, la superación de las limitaciones espaciales, la utilización simultánea de múltiples medios (imagen, sonido, texto) presentan las nuevas tecnologías. Su utilización obliga a modificar conceptos básicos como los del tiempo y espacio. El enfoque central deberá estar en el ser humano y no en los productos

El objetivo básico de la educación del futuro será lograr que las personas aprendan a aprender, el estudiante tendrá una participación inclusiva, será más responsable por su propio aprendizaje

contenido de los currículos anula todo el conocimiento anteriormente adquirido, la historia de la familia es omitida, la historia del país es arcaica, la historia de la humanidad nada vale, se valora el uso de la memoria que hace del joven un repetidor de conocimientos superados. Las aptitudes individuales son mal vistas, como competidores de la atención exclusiva a las materias enseñadas, muchas veces fuera de la realidad donde se las aplicara. Algo sobre la medicina de las *evidencias* y la *reproducción* de laboratorio, las ciencias abandonarían hace mucho este concepto, sin embargo en medicina se sigue negando la *singularidad* y la introducción de que cualquier fenómeno es organizado por una *multideterminación*, no por causa y efecto.

Algunos ítems a pensar, a título de provocación:

¿Tenemos alguna materia en la formación médica que nos haga conocer quién es el ser humano, centro de toda nuestra atención en la vida profesional posterior? Excepción a uno u otro profesor sensible y culto.

¿Algo se habla del Amor, del Odio, de las Relaciones entre Humanos, de poderes, sus usos y abusos, de las alegrías y de las tristezas construidas?

¿Hay cómo dar respuestas sin escuchar preguntas?

¿Hay conocimiento sin una amplia evaluación en quien y como se lo aplica?

¿Consejos sirven para algo, además de aburrir a quien no pide ayuda?

¿Sabemos cuánto cuesta una receta?

¿Por qué el acto clínico no vale tanto cuanto al acto quirúrgico?

¿El tiempo de consulta y de cuidados (curare) es respetado como el tratamiento?

¿Una consulta permite el conocimiento de un individuo con su capital humano?

¿La historia singular de cada vida es cuidadosamente investigada? ¿O solo se restringe a la historia de las enfermedades?

¿Quién es el paciente en Pediatría y en Adolescencia, quienes son los familiares?

Hacemos algo para enfrentar la burocracia que hace con que los médicos pierdan cerca del 30% de su tiempo llenando papeles que nadie revisa después? El silencio es connivente pues colabora con la evolución de las burocracias y de los rituales de poderes abusados.

¿Basta una enseñanza médica sin *la formación humana del profesional*? ¿Basta *la tecnología que deshumaniza*? Esta hace la diferencia entre el Médico de la Familia y el Técnico de Órganos.

Esta misma cultura no enseña Puericultura, solo Pediatría, no enseña cuidados sociales en atención integral, usa medicamentos en exceso, deprecia el parto natural y nivela las cesáreas. La leche de la vaca, procesada, vale más que la leche materna, la tercerización del cuidado de los hijos y la prole reducida por políticas organizadas por políticos, abogados y médicos crea un nuevo orden social, desvían los intereses de los cuidados y de la preservación de la especie colocando en riesgo nuestra existencia como especie. El consumismo corrompe los cuerpos que se mutilan y se usan en nombre de una supuesta globalización de la belleza, en la simplificación de lo superfluo como si allí estuviese lo suficiente para dar a la *nada* el mismo valor que al *todo*. Transformase personas en cosas, el robo del alma destruye valores.

Muchos son los médicos con cultura limitada a la profesión sin conocimientos de otros universos, lo que dificulta entender la dinámica existente en el modo de vivir y de enfermar de cada ser humano. Estimular la lectura, los valores y la sensibilidad a través de las artes y de la música deberían ser materias obligatorias en las enseñanzas médicas. Sin innovación y creatividad no hay encanto por el trabajo, esa es la base del creciente número de enfermedades físicas y mentales que asisten a los profesionales de la salud.

El consumismo corrompe los cuerpos que se mutilan y se usan en nombre de una supuesta globalización de la belleza, en la simplificación de lo superfluo como si allí estuviese lo suficiente para dar a la nada el mismo valor que al todo. Transformase personas en cosas, el robo del alma destruye valores

En la enseñanza médica serían obligatorias: estimular la lectura, los valores y la sensibilidad a través de las artes y música

Sociedad

Nuevos paradigmas: las grandes guerras mundiales (la prueba de la incompetencia y de la maldad colectiva) con la *bomba atómica* (riesgo de destrucción del planeta) y la *conquista espacial* (alargando el concepto de infinito del universo). Cambios radiales en el concepto de tiempo y espacio.

Veo una Sociedad compuesta por instituciones con ideales que se perennizan con discursos elitizados y sin perspectivas pues siguen con una visión equivocada de los seres humanos. La industria de la amenaza es instalada por la industria de las armas. Por miedo o desconocimiento, los niños temen la adolescencia y, la adolescencia, teme la adultez, la adultez teme la vejez y la vejez, teme la muerte. Esta la evolución y el destino de la breve historia de los humanos actualmente.

En una investigación hecha en Brasil en enero del 2017 fueron entrevistadas 1.112 personas. La pregunta era, ¿Cuál de los poderes Ud. más respeta? Resultados:

- Congreso 2%
- Gobierno federal 2 %
- Justicia 27%
- Ningún de ellos 69%

Cada brasileño trabaja 5 meses por año para pagar impuestos, cuantías millonarias que desaparecen en manos de un Estado corrupto, ineficaz e incompetente.

Veo una Sociedad compuesta por instituciones con ideales que se perennizan con discursos elitizados y sin perspectivas pues siguen con una visión equivocada de los seres humanos

Cuestiones nodulares

No bombas - en un minuto mueren muchos niños de hambre o de enfermedades curables, en un minuto son gastos 3.000.000 de dólares en la industria militar para exterminar el prójimo. Constató la complacencia con el armamentismo global: armas nucleares; muros, sus constructores fascistas y perversos, las doctrinas militares en muchos Estados. Es urgente incluir en la educación de los niños y adolescentes la consciencia sobre las narrativas que distorsionan la historia y encubren acciones belicosas de gobiernos contra grandes poblaciones promoviendo emigraciones deshumanas, reforzando la convicción de que pertenecemos a la misma especie y que armas convocan armas. Es un compromiso en estimular la paz colectiva.

No al control de natalidad – si a la planificación familiar, hablemos de sexo seguro y no de aborto seguro, los que cuidamos de la vida debemos eliminar o reducir la necesidad del aborto, hay siempre un duelo negado y omitido después de cada aborto. Si algo se hace en ese terreno que sea la planificación familiar con rescate de los valores de cuidados máximos al ser humano, desde la concepción hasta su muerte.

La sociedad del espectáculo - Exigimos modelos mejores, ofrecemos modelos peores. El mundo virtual es ficcional. Los humanos enajenados por la falta de conocimiento acerca de sí mismo, por el mundo del espectáculo, por el *case*, el héroe, el vencedor, el campeón, el enaltecimiento del económicamente más rico, de la mejor nota escolar, del mejor desempeño, se hace subliminarmente como forma de negar el valor de la cooperación. La historia de los ídolos vale y sustituye la del padre, del abuelo, el consumo hace renunciar a la identidad para vestir una piel que es una ropa de marca y como arco reflejo un discurso que no es original. El lenguaje

Si a la planificación familiar, hablemos de sexo seguro y no de aborto seguro, los que cuidamos de la vida debemos eliminar o reducir la necesidad del aborto, hay siempre un duelo negado y omitido después de cada aborto

universal hoy es el *economês*, todos tienen que entender de dineros, aplicaciones, rendimientos, inflación, globalización de mercados. Buena apariencia, inglés y nociones de computación son la tríada esperada en quien intenta cualquier cargo. Esto, revela la superficialidad para la sumisión a un idioma, la esclavización a una determinada estética y la incorporación del uso de la máquina como indispensable para la sobrevivencia.

La ideología dominante crea Programas, Instituciones y Servicios de Salud con el objetivo de construir la dominación a través de la medicalización de la vida

La ideología dominante crea Programas, Instituciones y Servicios de Salud con el objetivo de construir la dominación a través de la *medicalización* de la vida. Hoy día, se médica para comer y dejar de comer, para defecar, para dormir, para despertar, para tener relaciones sexuales, para tener y dejar de tener hijos, para viajar, para salir y quedar en casa, para controlar el humor, para los vicios, para dejarlos. Se enferma a la población, induciéndola para una lectura que interese a la amenaza, la averiguación y la evitación de la enfermedad. Colocada en el plan de lo natural, la enfermedad pasa a dirigir el interés de las personas que en sus inocencias pasan a consumir medicamentos y exámenes sin consciencia de que esta es una forma de enfermarse. Se enmascara la verdadera necesidad de los humanos que demandan cuidados permanentes y tratamientos ocasionales. Estamos atrapados en el dinero soberano que proclama sus valores dirigiendo las mentes jóvenes al mundo de los negocios como siendo el paraíso que les ofrecerá la felicidad plena alcanzada en ser empresario, ganar dinero con el trabajo ajeno, prestigio por la capacidad de envolver vendiendo inutilidades, consumiendo superfluos y apropiándose del espacio y del tiempo ajeno.

Se acabó la legitimidad - La falta de pudor, la corrupción son las reglas del capitalismo del Estado. La nueva generación ya no acepta el rol de Inocentes del Occidente. Oportunistas se aprovechan de la ignorancia política de parte de la población para hacerles creer en discursos vacíos de contenido y abundancia de promesas que jamás van a ser cumplidas, de embargos que matan inocentes. Esos líderes no están apto a ayudarnos a limitar la barbarie, son ignorantes cercados de asesores ignorantes en las cuestiones humanas, entre ellos, perversos, psicóticos, alcohólicos, entre otras patologías.

Tzevan Todorov dijo: *"por la forma que tratamos a los diferentes de nosotros, podemos medir nuestro grado de barbarie o civilización."*

Adolescentes

La adolescencia es el periodo comprendido entre dejar de ser actor de los deseos ajenos para tornarse autor del propio destino.

Los jóvenes que se dedican a las artes o causas sociales encuentran dificultades para ser aceptados por un mundo insensible

Mucho se dice por ellos –niños y adolescentes sin consultarlos–, sin conocer sus realidades y toda vez que se habla "por ellos otros" se corre el riesgo de contagiar aquello que se ve con nuestra comprensión y nuestra visión sobre los procesos históricos y sociales ajenos a nosotros, consecuentemente, con grandes riesgos de errores. Todos los códigos desconocidos o mal interpretados cargan consigo, en mayor o menor grado códigos inductores de equivocaciones. En nuestra civilización la pobreza económica es considerada por muchos como un fracaso del hombre que no fue capaz de acumular posesiones. Cuando algunos jóvenes se dedican a las artes o a las causas sociales, son mirados como soñadores o tontos. Encuentran dificultades para ser aceptados en el mundo insensible que niega el valor de lo inmaterial. Hay una especie de colonialismo sin alardes, consentido, interfiriendo en la vida cotidiana, dictando costumbres ajenas y enajenantes, medicalizando la vida, psicologizando la conducta, comercializando la existencia e intoxicando la mente.

La gran decepción de los jóvenes es percibir que las propuestas gananciosas carecen de un proyecto humano, de contenidos auténticos, son pobres copias. Singulares y decididos por

innovación y originalidad varios buscan otro futuro que no sea la idealización de la marihuana, la enajenación por cocaína, la obesidad por la hamburguesa, las depresiones por las promiscuidades tratadas con cervezas. Hoy día, se hizo de la comida un medicamento, del tiempo libre un espacio para gimnásticas, caminadas, ejercicios que a veces ocupan muchas horas del día. Nadie pregunta si se está más feliz. Esta simple y fundamental pregunta, *no es un indicador de salud y de educación* valorado. Las personas están educadas para valorar el colesterol, la presión arterial, la glucosa y el peso corporal. Mal saben ellos que los indicadores de felicidad están en el alma, y que el alma está en todas las células. El amor no es una competición para que cada uno supere la fuerza del otro, pero una cooperación que se apoya para enriquecerse con las diferencias.

"En nosotros nacen y mueren a cada instante oscuras conciencias, almas elementales, y este nacer y morir de ellas constituye nuestra vida."

Miguel de Unamuno - Del sentimiento trágico de la vida
(Cap. VII Amor, dolor, comisión y personalidad)

Reflexiones finales

Tiempo libre para educar a los hijos - Cada vez más las familias delegan las funciones de cuidados de los hijos a extraños.

Recapturar las relaciones humanas - Una de las expectativas que los educadores tienen para con los jóvenes es medir sus competencias por cuantificaciones, son evaluaciones, pruebas, testes. Se educa para todo, menos para ser feliz. Estimulase en ellos la ilusión del esfuerzo sin resultados.

Los valores de cada grupo familiar - Familias apoyadas en mitos facilitadores de consideración y respeto forman personas más bien estructuradas que aquellas que castigan y humillan a sus miembros, que se acostumbran a maltratos.

Comportamientos inesperados e inaceptables - La imprevisibilidad desconcierta. La diferencia entre el ideal de las familias y la realidad de los hijos es el motivo principal de la discordia y desorden familiar. No basta catequizar a los niños y jóvenes, podarles el sueño, inducirles el rumbo, dirigirles la rama si nunca se sabe cuál será la mejor hora para su floración.

Las identificaciones son multideterminadas - Textos y discursos que parezcan una apelación crítica a los padres e hijos, fuera de hora, ponen *puertas* en los oídos. Los elevados niveles de exigencia llevan a los padres al sufrimiento, pues se auto acusan de los problemas de la familia sin que ellos necesariamente sean directamente responsables por ellos. Es lo que se ve en las crisis por el desempleo, en la demisión de algún miembro de la familia, en el fracaso escolar de un hijo.

Necesitamos desde el nacimiento hasta la muerte - Buscar el bienestar y la paz exige mucho más que simplemente frecuentar la escuela, obedecer, no hacer guerra, rezar en causa propia, evitar conflictos y protegerse de los males del entorno.

Basta de manipulación, caen las máscaras - No hay privacidad en la Internet. Las redes sociales (sic) se presentan como útiles todos los ingenuos participan de ese mismo servicio dando informaciones de sí mismos. Acabada la privacidad sin el consentimiento del usuario, se abre mano de los límites ignorando la decisión, acaba la ética de la privacidad. Y estamos solo en el comienzo. La realidad virtual hecha ritual invade las mentes, compete con la realidad, induce

Las personas están educadas para valorar el colesterol, la presión arterial, la glucosa y el peso corporal. Mal saben ellos que los indicadores de felicidad están en el alma, y que el alma está en todas las células. El amor no es una competición para que cada uno supere la fuerza del otro, pero una cooperación que se apoya para enriquecerse con las diferencias

mediante contenidos. Lamentablemente, la publicidad vende la tecnología como un adelanto sin el cuidado de desarrollar una ética que construya paz y armonía sin quitar los valores fundamentales de la humanidad.

El desconocido futuro

Se dice que una gran parte de lo que vamos utilizar en veinte años aún no fue inventado. Camino desconocido, ese es el nombre del futuro. Desisto de adivinarlo, lo imprevisible me reitera que el mundo no tiene centro, ni está divulgada ninguna aseveración que testimonie garantidas profecías. Insisto en que ni la apariencia, ni la artimaña, ni el registro, ningún motivo que se sepa habrá de ser instrumento para confirmar todas las insuficiencias. Canelo lo improbable. Nos resta aprender a mirar profundamente el presente. Sospecho de las previsiones sabiendo que el presente no conoce el futuro.

Esta fue la Conferencia de Cierre del V Curso Internacional de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia – Madrid - España – 4 marzo 2017.

Respuestas correctas

Situación actual de la atención al adolescente en el mundo: 1a, 2c, 3a.

La transición del cuidado del adolescente al médico de familia: 1b, 2d.

El suicidio en la adolescencia y en la juventud: 1c, 2d.

Cómo organizar la consulta del adolescente. Organización en la Atención Primaria: 1e, 2e, 3e.

Cómo organizar la consulta del adolescente. Organización en la Atención Hospitalaria: 1b, 2e.

Urgencias psiquiátricas en la adolescencia: 1d, 2a, 3b.

Infección meningocócica: 1b, 2e.

Síndrome Poliuria-Polidipsia e Hiporecambio: 1d.

2e. La prueba de restricción hídrica se considera diagnóstico de diabetes insípida central cuando se produce un aumento de > 50% de la osmolaridad urinaria con respecto al basal. Dicha prueba no se debe realizar en aquellos pacientes que presentan una osmolaridad y sodio plasmáticos superiores a 295 mOsm/Kg y 145 mEq/L, respectivamente.

Adolescente con pérdida brusca de la agudeza visual:

1b) 5% en < 18 años; 3% en < 16 años; 1% en < 10 años.

2d) Encefalopatía: cefalea, vómitos, convulsiones, alteración de la consciencia es la forma de presentación en el 16-20% de los casos, la mayoría menores de 11 años... La otra forma frecuente de debut es como síndrome clínico aislado: neuritis óptica; mielitis transversa o síndrome cortical. Éste sería el ejemplo de nuestro caso.

3c) La encefalomielitis aguda diseminada puede ser la primera manifestación de EMP y sólo la evolución posterior a síndrome clínico aislado y las imágenes, de la RM de diseminación en tiempo y espacio confirmarán el diagnóstico.

COMUNICACIONES PRESENTADAS EN EL V CURSO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA (SEMA)

COMUNICACIONES PREMIADAS

1^{ER} PREMIO

USO PROBLEMÁTICO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO DE ÁNIMO EN ADOLESCENTES DE CASTILLA Y LEÓN

Liquete Arauzo L., Pérez Ruiz E., Rodríguez Molinero L., Marugán de Miguelsanz J.J., Riquelme García J., Tríguez García M.

CS Eras del Bosque de Palencia. H.Clinico Universitario de Valladolid. Coordinador Retraso Mental en Castilla y León. Unidad de Salud Adolescente Hospital Campo Grande de Valladolid. HCU Valladolid.

Introducción y Objetivos: Estudios recientes avalan la relación entre el uso problemático de las nuevas tecnologías (TICs) en adolescentes y el malestar emocional. Analizamos el grado de dependencia de las TICs en una muestra de adolescentes y su relación con el estado de ánimo. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal de período. Muestra representativa de adolescentes (13-18 años) de Castilla y León (102.664 en curso escolar 2014-2015). Se estimó una proporción del 50% en las respuestas, margen de confianza del 95,5% y error en contraste bilateral del 1,7%. Muestra de 3.343 adolescentes que realizaron una encuesta telemática. Gestión automatizada y externa de los datos con SSPS v.15. **Resultados:** Referían dependencia del móvil el 21,1% y dependencia de Internet el 22,6% de adolescentes. Las chicas se iniciaban antes en la adicción al móvil y los chicos en la dependencia a Internet. El riesgo de tener dependencia del móvil y/o de Internet fue mayor si su estado de ánimo era negativo (OR=1,88 y OR=1,25 respectivamente) ($p < 0,001$). **Conclusiones:** La dependencia de las TICs es una patología en alza y es importante conocer las variables psicológicas asociadas. En nuestro trabajo el estado de ánimo fue un factor de riesgo para la dependencia de las TICs especialmente en chicas y en la dependencia del móvil.

2^º PREMIO

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES PROBLEMAS A LOS QUE SE ENFRENTAN LOS ADOLESCENTES CON PATOLOGÍA REUMÁTICA?

Urbaneja Rodríguez E., Garrote Molpeceres R., González García H., Pino Vázquez M.A., Álvarez Guisasola F.J.

Unidad de Inmunología y Reumatología Pediátricas. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: Las enfermedades reumáticas son una importante causa de morbilidad en la adolescencia, pudiendo desencadenar problemas escolares, sociales, fami-

liares y personales, repercutiendo enormemente en su vida diaria. El objetivo de nuestro estudio fue analizar los principales problemas a los que se enfrentan estos adolescentes.

Material y métodos: Estudio prospectivo realizado a través de encuestas anónimas a pacientes ≥ 12 años con patología reumática crónica que acudieron a consulta de revisión entre Agosto- Diciembre 2016, previo consentimiento informado.

Resultados: Se obtuvieron un total de 30 encuestas. Las principales patologías recogidas fueron: Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) 80%(24), Lupus (LES) 7%(2), Esclerodermia(ED) 7%(2), Fiebre Mediterránea Familiar (FMF) 3%(1) y Síndrome Periódico Asociado a Receptor TNF (TRAPS) 3%(1). Desglosando sus principales problemas en 4 grandes grupos se obtuvieron los siguientes resultados: respecto al ámbito escolar, un 80%(24) refirió buen rendimiento escolar y un 20%(6) regular, sin encontrar ningún paciente que repitió curso. Un 77%(23) tuvo sensación de ausentismo escolar y un 47%(14) refirió haberse sentido agredido con comentarios de compañeros de clase. Respecto al ámbito social, un 50%(15) refirió tener <5 amigos, un 40%(12) entre 5-10 amigos y solo un 10%(3) >10 amigos. A nivel familiar, un 87%(26) se sintió sobreprotegido por padres y un 50%(15) afirmó que su enfermedad repercute en las relaciones familiares. Respecto al ámbito personal, un 60%(18) se sintió diferente a otros niños de su edad y un 80%(24) afirmó que lo que peor lleva es la administración de medicación. Las tres palabras escogidas con las que se sintieron más identificados fueron: Preocupación 93%(28), superación 87%(26) y responsabilidad 80%(24). **Conclusiones:** La patología más numerosa en nuestra muestra fue la AIJ, principal enfermedad reumática crónica en este rango de edad. Destacó un adecuado rendimiento escolar a pesar de la sensación de ausentismo, con un sentimiento de preocupación y responsabilidad mayor, mostrando algunos problemas de relación social y refiriendo sobreprotección en muchas ocasiones. Es importante reforzar métodos de apoyo a estos adolescentes (disminuir su ansiedad, favorecer la buena adherencia terapéutica y la integración escolar), ofreciendo posibilidades tanto desde la consulta hospitalaria como en todo su entorno.

INTOXICACIONES EXÓGENAS AGUDAS EN ADOLESCENTES

Báez Cubas LI., Alonso Uría R.M.

Hospital Docente Ginecoobstétrico Guanabacoa. Cuba.

Introducción: Las intoxicaciones exógenas agudas en la adolescencia constituyen un problema de salud, dado su incremento a nivel mundial. **Objetivos:** Describir los aspectos clínicos y epidemiológicos de las intoxicaciones exógenas agudas en la adolescencia según variables sociodemográficas y asociación con la aparición de complicaciones. **Metodología:** Estudio analítico, retrospectivo y de corte transversal en adolescentes con intoxicación exógena aguda (mayo 2011 - mayo 2014). Muestra: 125 adolescentes. Se estudió la, edad, sexo, día de la semana, hora de llegada a Urgencias, mes del año,

Comunicaciones orales y pósters

Comunicaciones presentadas en el V Curso Internacional de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA)

tipo de intoxicación, xenobiótico causal, vía de exposición al tóxico, grupo farmacológico, complicaciones, manejo de la intoxicación. **Resultados:** Predominaron adolescentes de 13 a 15 años, (53, 6%), siendo intoxicaciones voluntarias (94,4%), femeninas (79,2%), por fármacos (89,6%), Imperó la vía digestiva, Xenobiótico causal los Anticonvulsivantes (42,4). El lavado gástrico y carbón activado se practicó (95,2% y 94.45% respectivamente), complicación desequilibrio hidroelectrolítico. Asociación significativa entre uso de anticonvulsivantes, empleo de gastroenterodialis y las manifestaciones cardiovasculares con la presencia de complicaciones. **Conclusiones:** Se demuestra mayor incidencia intoxicaciones voluntarias en la adolescencia, en el sexo femenino, con la finalidad de autolesionarse, por medicamentos. Se brindó una calidad asistencial satisfactoria al cumplir con indicadores básicos en la asistencia al intoxicado.

UTILIZACIÓN DE LA LÍNEA CONFIDENCIAL ANTIDROGA Y COMUNICACIÓN EDUCATIVA PARA ADOLESCENTES CUBANOS. 2015-2016

Aguilar Rodríguez LC., Rodríguez Alonso B., Alonso Uría R.M.
Hospital Docente Ginecoobstétrico Guanabacoa. Cuba.

Introducción: Las adicciones constituyen un riesgo a la salud en la adolescencia, y la línea confidencial antidroga es un instrumento educativo y conductor para personas que acceden a ella. **Objetivo:** identificar la utilización de la línea confidencial antidroga por la adolescencia durante el año 2015; y los principales canales y formas de comunicación de preferencia. **Método:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se aplicó encuesta en escenarios habituales a 422 adolescentes los fines de semana de los meses junio-septiembre. Las variables estudiadas son: edad, sexo, conocimiento de la línea, canales de comunicación, y otras. **Resultados:** 64.45% está en la adolescencia tardía. Sólo el 47.6% conocen la línea y 23 adolescentes acudirían a ella si lo necesitaran. Las causas para no llamar son desconfianza en el anonimato y la confidencialidad. 90.7% plantea que debe ser personalizada por adolescentes, con horario especial, diferenciado hacia ellos, con los mismos códigos, y voz que identifique esta etapa de la vida. Debe promocionarse la línea en programas televisivos dirigidos adolescentes y por adolescentes. **Conclusiones:** la línea debe personalizarse y responder a las necesidades educativas de la adolescencia. Los medios de comunicación pueden ayudar al rescate de la confidencialidad y promoción de sus servicios.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL ESTADO DE ÁNIMO PERCIBIDO EN ADOLESCENTES DE CASTILLA Y LEÓN

Liquete Arauzo, L., Pérez Ruiz, E., Rodríguez Molinero, L., Marugán de Miguelsanz, J.J., Riquelme García, J., Ugidos Gutierrez, M.D.

CS Eras del Bosque de Palencia, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Hospital Campo Grande de Valladolid.

Introducción y objetivos: Los adolescentes desarrollan su proyecto vital en base a la imagen que tienen de sí mismos y a la relación con sus pares. En este trabajo describimos el estado de ánimo de una muestra representativa de adolescentes y analizamos su relación con diferentes factores sociofamiliares. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal de período. Muestra representativa de adolescentes (13-18 años) de Castilla y León (102.664 en curso escolar 2014-2015). Se estimó una proporción del 50% en las respuestas, margen de confianza del 95,5% y un error en contraste bilateral del 1,7%. Muestra de 3.343 adolescentes que realizaron una encuesta telemática. Gestión automatizada y externa de los datos con SSPS v.15. **Resultados:** El estado de ánimo fue referido como negativo (malo o regular) por el 22,7%. El riesgo de tener un estado de ánimo negativo fue mayor en mujeres (OR 1,31), en sujetos de mayor edad (OR=1,67) y en situaciones sociofamiliares desfavorables (paro o turnos laborales de los padres cambiantes... (p<0,001). En la adolescencia media, el riesgo de bajo estado de ánimo aumenta cuando el apoyo familiar en los estudios es escaso (OR=2,25), comen habitualmente solos (OR=2), la relación entre los padres es mala (OR=4,4) y no perciben a los padres como figura de autoridad (OR=2,87). **Conclusiones:** Un bajo estado de ánimo predispone al adolescente a tomar decisiones incorrectas y a no baremar de forma adecuada los riesgos. En nuestro estudio los factores sociofamiliares tienen mayor impacto sobre el estado de ánimo en la adolescencia media y tardía respecto a la adolescencia precoz. Estos resultados invitan a reflexionar sobre los límites temporales de la adolescencia.

HÁBITOS DE VIDA EN ADOLESCENTES CON PATOLOGÍA REUMÁTICA

Urbaneja Rodríguez E., Garrote Molpeceres R., González García H., Pino Vázquez M.A., Álvarez Guisasaola F.J.
Unidad de Inmunología y Reumatología Pediátricas. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: Unos hábitos de vida saludables son una de las bases del tratamiento de las enfermedades reumáticas en la adolescencia. El objetivo de nuestro estudio fue analizar los hábitos de vida de los pacientes adolescentes seguidos de forma periódica en una unidad especializada, con el fin de conocer cuáles son los aspectos mejorables que se podrían reforzar desde nuestra consulta. **Material y métodos:** Estudio prospectivo realizado a través de encuesta anónima a pacientes ≥ 12 años con patología reumática crónica que acudieron a revisión desde agosto-diciembre 2016, previo consentimiento informado. **Resultados:** Se obtuvieron un total de 30 encuestas de adolescentes con patología reumática. Respecto a la alimentación un 67%(20) siguió una dieta equilibrada y un 17%(5) refirió ingerir de forma frecuen-

te comida rápida/comida basura. Respecto al ejercicio físico un 40%(12) realizó deporte >4 días a la semana, un 50%(15) entre 2-4 días y un 10%(3) <2 días. Un 10%(3) realizó además deporte de forma federada y de alta competición. Respecto a los hábitos tóxicos, un 20%(6) afirmó haber probado tabaco/alcohol, pero sin realizar consumo habitual. Ninguno refirió ingesta de drogas. Respecto a sus cuidados, un 37%(11) confesó haber olvidado alguna vez una o varias dosis de medicación. Respecto a la actividad social un 90%(27) refirió uso frecuente de tecnologías de la información y comunicación y solo un 27%(8) se relacionó con amigos fuera del ámbito escolar. Un 23%(7) ha conocido a pacientes con enfermedades similares a las suyas. **Conclusiones:** La consecución de unos hábitos de vida saludables es la base para la evolución favorable de los adolescentes con patología reumática crónica. En nuestro estudio se encontraron varios aspectos a mejorar, destacando fundamentalmente la alimentación, la adhesión a la medicación y la integración social.

CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES CON ENURESIS PRIMARIA NOCTURNA

Garrote Molpeceres R., Urbaneja Rodríguez E., Pino Vázquez M.A., González García H., Álvarez Guisasaola F.J.
Unidad de Nefrología Pediátrica. Servicio de Pediatría.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: La enuresis primaria nocturna (EPN) se define como la incontinencia urinaria intermitente que se produce en horas de sueño, en un niño que nunca antes ha controlado sus escapes nocturnos, pudiendo llegar a afectar hasta a un 4-5% de adolescentes, constituyendo un importante problema personal y social. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las principales características de los pacientes adolescentes seguidos por este motivo en una consulta especializada, así como definir sus principales consecuencias. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo a través del análisis de historias clínicas de pacientes entre 12 y 16 años diagnosticados de EPN, revisados en consulta entre Julio-Diciembre 2016. Aplicación de estadística descriptiva con mediana y rango por $n < 30$. **Resultados:** Se obtuvieron un total de 10 pacientes con EPN. Fueron varones un 70%(7). Mediana de edad al diagnóstico: 10 años (rango 8-14). Mediana de edad actual: 13 años (rango 12-16). Existieron antecedentes familiares de EPN en un 60%(6). Un 50%(5) de los pacientes presentó sobrepeso/obesidad, un 40%(4) asoció TDHA y un 30%(3) retraso psicomotor. Existieron antecedentes de infecciones de orina de repetición en un 40%(4), que fueron tratadas en su totalidad de forma ambulatoria. Un 60%(6) respondió a tratamiento único con sistema de alarma, un 20%(2) siguió terapia con desmopresina y otro 20%(2) respondió a terapia combinada con sistema de alarma + desmopresina. Al analizar parámetros relacionados con su calidad de vida se encontró que un 90%(9) afirmó en la entrevista clínica que la EPN suponía un importante problema en su vida cotidiana,

condicionando fundamentalmente sus relaciones sociales y solo un 30%(3) se sintió apoyado por sus familiares. Un 40%(4) identificó el uso de pañal como un problema. Un 40%(4) asoció fracaso escolar (habían repetido un curso) y un 20%(2) confesó haber sufrido acoso por sus compañeros de colegio. **Conclusiones:** La EPN es un problema importante en adolescentes y requiere un abordaje precoz, ya que puede desencadenar una sensación de aislamiento social y fracaso que, en este rango de edad, puede tener importantes consecuencias. Como en otras series publicadas, la mayoría de adolescentes respondió a terapia con sistemas de alarma, sin precisar en muchas ocasiones tratamiento sistémico. El apoyo de la familia es un pilar fundamental, aspecto a mejorar en nuestro grupo de pacientes.

MEDULOBLASTOMA EN ADOLESCENTES

Corredor-Andrés B., Alonso-Cadenas J.A., Ramos-Vicente I., de Rojas T., Bautista F.J., Moreno L.
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Introducción: El meduloblastoma es el tumor maligno de fosa posterior más frecuente en la infancia. La mayor incidencia ocurre en niños y adolescentes (el 70% de los pacientes < 16 años). **Sujetos:** Pacientes diagnosticados de meduloblastoma con edades comprendidas entre 10-16 años. Se estudian: características clínicas, la extensión de la enfermedad al diagnóstico y supervivencia global. **Resultados:** Presentamos 7 pacientes (6= chicos y 1 =chica) con una mediana de edad 12,7 años (rango: 10,18-16,22). La mediana de duración de los síntomas fue de 4 semanas (rango: 3-12). Los síntomas principales fueron cefalea y vómitos. Según la clasificación de M Chang modificada presentaron enfermedad localizada M0 (6) y metastásica M2 (1) al diagnóstico. Todos los pacientes recibieron radioterapia. De los pacientes en seguimiento, todos presentaron recaída tras el diagnóstico en una mediana de tiempo de 2,38 años (rango: 0,51-4,14). La mediana de seguimiento fue de 3,71 años (rango: 0,64-6,98). La supervivencia a los 5 años fue de 28%. **Conclusiones:** Concluimos la importancia de un seguimiento estrecho en los primeros años del diagnóstico, por el riesgo de recaída. Observamos que la supervivencia en este grupo de edad es muy baja a pesar de recibir radioterapia.

PSICOSIS AGUDA INDUCIDA POR ABUSO DE MEFEDRONA

Hernández Pignatta, M.S.; Niell Galmes, L.; Márquez Fernández de Ullivarri, MC.
Lateral Psicología. Madrid.

Introducción: Se ha observado en Europa un aumento del consumo de mefedrona. A modo ilustrativo, presentamos el siguiente caso clínico. **Caso clínico:** Varón de 18 años -sin antecedentes psiquiátricos ni familiares- valorado por heteroagresividad. Exploración psicopatológica: angustiado, abordable, colaborador, adecuado. No abstinencia o intoxicación

a tóxicos o psicofármacos. Discurso estructurado aunque incoherente, saltigrado, plagado de asociaciones laxas, falsos reconocimientos e interpretaciones delirantes. Ideación delirante polimorfa, fantástica, que cambia y modula ante cualquier estímulo de temática de perjuicio con componente autorreferencial. No alteraciones formales del pensamiento. Fenómenos alucinatorios, ruidos y voces, con elaboración delirante secundaria. No fenómenos de difusión del yo, no alienación volitiva. Ánimo no explorable. No ideación suicida, no alteraciones psicomotrices. Ritmos cronobiológicos anárquicos en relación a elevado consumo de mefedrona (niega otros) en patrón recreativo diariamente durante las últimas semanas. Exploración física/ Pruebas complementarias: Anodinas. Diagnóstico: Psicosis Tóxica. Tratamiento: Risperidona 9 mg al día. Evolución: Tras un mes ha disminuido su ansiedad y los fenómenos alucinatorios aunque mantiene la ideación delirante intacta por lo que se plantean nuevos tratamientos.

Discusión: Los cuadros de Psicosis Tóxica suelen presentar un curso corto y buen pronóstico, con resolución total con tratamiento y abstinencia a tóxicos. Se han observado casos de pacientes jóvenes consumidores de mefedrona que sufren este tipo de cuadros con mala respuesta al tratamiento y sin restitución completa. Consideramos preceptiva mayor investigación en esa línea.

CONSUMO CRÓNICO DE CANNABIS: ALGO QUE NO HAY QUE OLVIDAR EN LOS VÓMITOS CÍCLICOS DEL ADOLESCENTE

Estopiñá Ferrer, G., López Liñán, M.J. *, Giménez Casado, A. *, Molina Anguita, C., González Gómez de Agüero, I., Martínez Mejías, A.

Consorci Sanitari de Terrassa.

Hospital de Terrassa. Servicio de Pediatría. Unidad de Gastroenterología infantil.*

Introducción: El Síndrome de vómitos cíclicos es un trastorno gastrointestinal funcional que se caracteriza por episodios recurrentes y graves de vómitos que persisten durante horas o días, separados por semanas o meses de normalidad clínica. Según los actuales criterios de Roma IV, es aconsejable descartar el consumo crónico de cannabis en los pacientes adolescentes con esta sintomatología: El Síndrome de Hiperemesis Cannabinoide (SHC). **Caso clínico:** Adolescente de sexo femenino de 15 años que ingresa para estudio de cuadro agudo de vómitos incoercibles de 4 horas de evolución asociados a dolor abdominal. A la exploración física destaca mucosas pastosas y abdomen doloroso a la palpación de epigastrio. Se realiza estudio con: analítica sanguínea, test de embarazo, ECO abdominal y ginecológica normales y tóxicos en orina positivos a cannabinoil, (consumo admitido por ella). Precisa rehidratación e.v. y administración de ranitidina y ondansetron, desapareciendo la clínica en 48 horas. Con el diagnóstico de dispepsia funcional, es dada de alta y derivada al servicio de Gastroenterología pediátrica, observándose reaparición de

clínica similar con periodicidad mensual y normalidad clínica entre crisis. Se amplía estudio con detección de H. Pylori, TGI, FEGD, TAC Abdominal y craneal también normales. Dada la clínica presente, asociada al consumo crónico de cannabis, se orienta de Síndrome de Hiperemesis Cannabinoide, iniciándose tratamiento con amitriptilina e intensificando la terapia para conseguir el abandono del consumo de cannabis. **Discusión:** El consumo de tóxicos en la adolescencia, entre ellos el cánnabis, está aumentando en nuestro medio. Aunque es conocido el efecto antiemético de dicha sustancia, es importante conocer la existencia del SHC cuando existe un consumo crónico de ella, para poder realizar un correcto diagnóstico y tratamiento.

“¿QUÉ TIENE MI HIJO? PORQUE YO YA NO PUEDO MÁS”

Malumbres Chacón, M. Solas Ruiz, S, Sesma Arrondo, M., Pèlach Pániker, R.

Centro de Salud de Barañain. Navarra.

Introducción: Se expondrán tres casos clínicos de pacientes con psicopatología seguidos en Atención Primaria para demostrar la importancia del curso evolutivo en el diagnóstico psiquiátrico desde la niñez a la adolescencia. **Caso 1:** Varón, 16 años, introvertido, miedoso, con baja autoestima e inadecuada gestión de las emociones (relacionada con presión paterna y sobreprotección materna). Desde los 11 años presenta múltiples manifestaciones de una compleja “neurosis”: Ansiedad con somatización, trastorno de ansiedad, actitud hipochondriaca y rasgos depresivos que han necesitado de forma progresiva múltiples medicaciones con diferentes respuestas y efectividades de la misma. Aún está sin diagnóstico definitivo.

Caso 2: Varón, 15 años, desde los 5 presenta un cuadro con sintomatología de TDAH, alteraciones comportamentales y dificultades en el contexto de una inteligencia límite. A lo largo de su evolución presenta rasgos tipo Asperger y a su clínica se une un conflicto familiar que impide un correcto afrontamiento de la situación. **Caso 3:** Varón, 15 años, desde los 6 es catalogado de trastorno de hiperactividad/impulsividad que mejora con tratamiento conductual, diagnóstico que cambiará varias veces hasta llegar a uno definitivo. A lo largo de los años presenta fluctuaciones, hasta que, a los 11 años, tras un empeoramiento en su estado anímico, realiza un intento autolítico con intención de muerte. En estos momentos tiene un diagnóstico oficial de trastorno bipolar tipo II y Sd. De Asperger, síndrome que ya se planteó hace unos años y se descartó por la clínica de aquel momento. **Discusión:** Los casos anteriores reflejan la importancia de la comorbilidad evolutiva, no pudiéndose fijar un diagnóstico ante un episodio autolimitado sino como proceso, especialmente en pacientes en desarrollo que por definición se encuentran en constante cambio. Tampoco podemos olvidar la relevancia de la anamnesis en los distintos momentos del proceso para huir de las mediciones estandarizadas que tienen el posible inconveniente de etiquetar al paciente e introducirlo en una categoría estanca que

puede conllevar errores diagnósticos y terapéuticos, con sus consiguientes implicaciones pronósticas.

IMPACTO DEL RETRASO DIAGNÓSTICO -TERAPÉUTICO EN LA COMORBILIDAD ENTRE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Serrano-Fernández MP, Salmerón-Ruiz MA, Casas-Rivero J, Guerrero-Alzola F, Sánchez-Holgado M.

Unidad de Adolescentes. Unidad de Adolescentes. Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid.

Introducción: La elevada asociación observada entre TDAH y TEA (31-37%) ha sido reconocida en el DSM-5 recientemente.

Caso clínico: Varón de 12 años sin diagnóstico previo, derivado por sospecha de trastorno de conducta. Presenta desde antes de los 3 años dificultad en la comunicación y las relaciones sociales, patrones repetitivos, intereses restringidos e hiperactividad. Desde los 7, asocia inatención e impulsividad, por lo que acude a Salud Mental, siendo tratado con Atomoxetina sin buenos resultados. A los 10 años comienza con comportamiento desafiante y trastorno depresivo reactivo. AP: riesgo de hipoxia cerebral perinatal y retraso psicomotor. Ante fenotipo peculiar y alta sospecha de TDAH y TEA se descarta patología orgánica con analítica, RM, EEG y cariotipo, que resultan normales; también se realiza: cuestionario de autismo (M-CHAT), entrevista GARS-2, Test Nichq Vanderbilt, WISC IV y Test de caras, permitiendo el diagnóstico de ambas patologías. Tratamiento: Metilfenidato y Risperidona y se trabaja psicoeducación familiar y escolar, con excelente respuesta, aunque persiste dificultad de relación. **Discusión:** Al igual que en este caso, el TDAH se da principalmente en varones, iniciándose los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad en torno a los 7 años. Podemos asociarlo con alta frecuencia al TEA pero también a otras psicopatologías. **Conclusiones:** 1: La comorbilidad entre TDAH y TEA, reconocida por el DSM-5, es una patología frecuente, con elevada evidencia científica. 2: Es esencial una buena formación en TEA en personas que trabajan con niños para su detección y tratamiento tempranos. 3: El retraso diagnóstico de ambas patologías impide un tratamiento precoz, con una repercusión negativa en la calidad de vida del paciente y aparición de comorbilidades.

CASO CLÍNICO: ALERGIA AL METILFENIDATO

Caballero Caballero JM; Álvarez García, P; Guerrero Alzola F.; Gómez Traseira, C; Casas Rivero, J; Salmerón Ruiz, MA.

Unidad de Adolescentes. Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid.

Introducción: El Metilfenidato es un fármaco utilizado para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Reacciones de hipersensibilidad al mismo son extremadamente raras, encontrándose muy pocos casos publicados. **Caso clínico:** Niña 7 años, con dermatitis atópica leve, diagnosticada de TDAH en tratamiento con metilfenidato

de liberación OROS 18 mg. Tras tomar dos dosis del fármaco, suspendió el tratamiento. Tras 15 días se reintrodujo y comenzó de forma inmediata con urticaria generalizada, prurito, ardor cutáneo, angioedema labial y afonía, sin tos ni dificultad respiratoria. El cuadro cedió rápidamente con antihistamínico oral. Ocho meses después, el Servicio de Alergología realiza una exposición controlada con metilfenidato de liberación intermedia (30 % rápida / 70 % prolongada) hasta una dosis acumulada de 12,5 mg. Bien tolerado, aunque la niña se quejaba de prurito sin signos acompañantes que desapareció espontáneamente en 3-4 horas. Al día siguiente, en casa, tomó otro comprimido de metilfenidato de liberación intermedia, presentando ardor cutáneo y, al cabo de seis horas, reacción urticarial. Esta reacción cedió con antihistamínico y prednisona. Diagnóstico: Alergia a metilfenidato. **Discusión:** La reacción de hipersensibilidad a metilfenidato es muy infrecuente, encontrando 7 casos publicados, aunque aparece descrito en ficha técnica. Es una reacción de hipersensibilidad cuyo mecanismo no se conoce con exactitud.

“SEXTING” COMO FACTOR DE RIESGO DE “GROOMING” EN PACIENTE CON TDAH

Escolano L., Salmerón Ruiz M.A., Guerrero Alzola F., Casas Rivero J.

Unidad de Adolescentes. Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid.

Introducción: El “sexting” tiene como posibles consecuencias ser víctima de ciberacoso, de “grooming” y sufrir ansiedad y depresión. La prevalencia entre los adolescentes está aumentando y es mayor en niñas. Esta práctica se ha relacionado con la impulsividad en diversos estudios. **Caso clínico:** Niña de 16 años con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trasplante renal y diabética, remitida para su abordaje integral por estar desmotivada respecto a su tratamiento y estudios. En el seguimiento se detectó que estaba enviando vídeos propios de alto contenido sexual a un desconocido, inicialmente de manera voluntaria, pero finalmente sintiéndose presionada y desarrollando clínica ansiosa. La paciente fue instruida en los peligros de esta actividad y acudió con sus padres a denunciar. Sin embargo, la denuncia no fue admitida porque al ser el receptor menor de edad y no existir clara coacción fue considerado “sexting”. En todos los casos de sospecha de “grooming”, ante la sospecha de abuso sexual, hay que recomendar denunciar. **Discusión:** La paciente pertenece al principal grupo emergente como víctima de “sexting”: mujer y adolescente. Diversos estudios vinculan la impulsividad con el “sexting”, pero no se han encontrado estudios respecto a la relación del TDAH con esta práctica. **Conclusiones:** Es de gran importancia la detección precoz de conductas de “sexting”. Conviene analizar el posible papel del TDAH como factor de riesgo para incurrir en “sexting”.

¿TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA O DESNUTRICIÓN POR ENFERMEDAD CRÓNICA?

Urbaneja Rodríguez E., Garrote Molpeceres R., González García H., Pino Vázquez M.A., Álvarez Guisasaola F.J.

Unidad de Inmunología y Reumatología Pediátricas. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) son dos importantes problemas de salud en la adolescencia. Pese a que no suelen estar relacionados, se sabe que cualquier enfermedad inflamatoria crónica puede conducir a un estado de desnutrición secundario y que determinadas enfermedades que afectan a la imagen corporal (diabetes, fibrosis quística, AIJ) pueden suponer a su vez un mayor riesgo de TCA, por lo que la delgada línea roja que separa la desnutrición por ambas causas, en ocasiones, es difícil de abordar. Se presenta el caso de una adolescente en la que coexisten ambas patologías.

Caso clínico: *Anamnesis:* Niña de 12 años con AIJ poliarticular con factor reumatoide negativo desde hace año y medio, en tratamiento con metotrexato subcutáneo a 15 mg/m²/semanal. Evolución favorable desde inicio de medicación, con desaparición de brotes articulares, sin presentar afectación ocular y con analíticas normales. Desde hace 6 meses, a pesar del aparente buen control de la enfermedad, ha perdido 6 kg, se encuentra apagada y triste, rechaza medicación y ha dejado de relacionarse con amigos. Los padres afirman que cada vez tiene comportamientos más extraños con la comida (desmenuza y retira la grasa de los alimentos, presenta potomanía). No menarquia. *Exploración física:* Ojerosa. Frialdad acra. Pérdida de grasa subcutánea. Lanugo en antebrazos. Tanner II. Tumefacción residual de interfalángicas de ambos pulgares. No artritis activa. *Exploraciones complementarias:* PCR y VSG negativas. Aumento de LDL y TAG. Hemograma, perfil hepático, férrico y hormonas tiroideas normales. Ecografía articular sin datos de artritis subclínica. Ante la normalidad de pruebas complementarias (que descartan enfermedad activa), se empezó a plantear la posibilidad de TCA, por lo que se realizó entrevista clínica dirigida y valoración psiquiátrica. *Diagnóstico:* Anorexia nerviosa en paciente con AIJ. *Manejo/evolución:* Se inició seguimiento multidisciplinar por la complejidad del caso, con psicoterapia, tratamiento nutricional y manteniéndose medicación de enfermedad de base.

Discusión: La desnutrición puede ser la manifestación de una enfermedad crónica, pero también, un dato que indique la posibilidad de un TCA, pudiendo en ocasiones coincidir ambos hechos en un mismo paciente. Debemos prestar especial interés en la valoración nutricional del adolescente con patología crónica, ya que se puede enmascarar un TCA.

UNA SOLUCIÓN QUIRÚRGICA A UN SÍNTOMA FRECUENTE EN LAS PÚBERES. CASO CLÍNICO

García Vázquez J.; Plácido Paías R.; Espejo Díaz C.; Olid Moreno M.I.; Moreno García A.M.; Portillo Márquez M.

Hospital de Mérida. Badajoz.

Introducción: El dolor abdominal es una consulta frecuente en Pediatría y son pocas las veces que necesitan cirugía para resolverlo. Presentamos un caso de torsión ovárica subaguda diagnosticada en quirófano. **Caso clínico:** Paciente mujer de 11 años que presenta dolor hipogástrico de una semana de evolución, intermitente y que ha aumentado mucho en las últimas horas, a pesar de practicar enema y analgesia intravenosa. No diarrea, algún vómito aislado. Afebril. Anamnesis: Antecedentes personales: No menarquia, resto de antecedentes personales y familiares sin interés. Exploración Física: Aceptable estado general. Bien perfundida e hidratada. Eupneica. Abdomen blando, depresible, muy doloroso a la palpación suprapúbica. Resto exploración normal. Pruebas Complementarias: Hemograma, bioquímica (PCR 0 mg/l) y coagulación anodinos. Radiografía Abdomen: No signos de obstrucción. Ecografía abdominal: Lesión de predominio quístico anexial izquierda. Interconsulta a Ginecología: Laparoscopia exploradora, se realiza anexectomía izquierda por torsión en pedículo infundíbulo-pélvico; en anatomía patológica se observa necrosis y teratoma quístico maduro. Diagnóstico: Torsión ovárica izquierda. Teratoma quístico maduro. Tratamiento y evolución: Postoperatorio favorable. Posteriormente asintomática. **Discusión:** Generalmente los dolores abdominales en la adolescencia suelen ser funcionales pero es importante seguir la evolución puesto que hay procesos subagudos con soluciones quirúrgicas.

¿ABDOMINALGIA REAL O FOBIA ESCOLAR?

Garrote Molpeceres R., Urbaneja Rodríguez E., González García H., Pino Vázquez M.A., Álvarez Guisasaola F.J.

Unidad de Nefrología Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: La fobia escolar es la incapacidad total o parcial del niño para acudir al colegio debido a un miedo irracional a algún aspecto de su situación escolar, produciendo en él angustia anticipatoria. Los síntomas de angustia pueden acompañarse de un cuadro neurovegetativo (náuseas, vómitos, diarrea, abdominalgia, cefaleas), lo que hace que el niño trate por todos los medios de evitar acudir al centro escolar. **Caso clínico:** *Anamnesis:* Niña de 11 años sin antecedentes de interés con abdominalgia recurrente en hemiabdomen izquierdo que cede mal con analgésicos. Comentan los padres que recientemente ha tenido problemas en el colegio con unas compañeras, con importante afectación psicológica y absentismo escolar. El dolor aparece fundamentalmente por la noche, presentando la mañana siguiente sensación nauseosa acompañada de vómitos. Remitida para estudio por persisten-

cia sintomática. *Exploración física:* Destacaban: Palidez facial y dolor en hemiabdomen izquierdo con puño-percusión renal izquierda positiva sin signos de irritación peritoneal. *Exploraciones complementarias:* Analítica de sangre con sistemático/sedimento de orina y reactantes de fase aguda negativos. Urocultivo negativo. Parásitos en heces negativos. Ecografía abdominal/renal: hidronefrosis izquierda de 2,5 x 2 cm, sin alteración ureteral. *Diagnóstico:* Hidronefrosis severa izquierda secundaria a vaso polar. *Manejo/Evolución:* Apoyo psicológico inicial por sospecha de fobia escolar con escasa mejoría del dolor. Tras el diagnóstico de hidronefrosis se efectuó intervención quirúrgica correctiva, con desaparición de la clínica. **Conclusiones:** Las abdominalgias constituyen un motivo frecuente de consulta en pediatría, siendo una frecuente excusa de absentismo escolar, pudiendo ser la manifestación inicial de patología orgánica y/o psicológica, como en nuestra paciente, en quien la existencia de antecedentes de fobia escolar enmascaró la causa real del dolor, una patología orgánica con cuya resolución desapareció la clínica.

TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN EN ADOLESCENTES. A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS

Gómez Ortigosa, M.A.; Hernández Martínez, M.; Carvallo Valencia, L.; Carpena Lucas, P.; Jiménez Candell, M.I.; Peñas Valiente, A.

Hospital Virgen del Castillo (Yecla). Murcia.

Introducción: Los trastornos por somatización son la respuesta orgánica a estímulos estresantes que la persona es incapaz de procesar. Últimamente existe un aumento con afectación más precoz. Prevalencia: 10-30% Escasamente diagnosticados. Importancia de la valoración biopsicosocial. **Caso 1º:** Anamnesis: Varón de 11 años. Apendicectomizado. Dolor abdominal recurrente. Padres separados. Problemas de relación con el padre y su pareja. Exploración normal. Exámenes normales. Diagnóstico: Dolor abdominal funcional. Crisis de ansiedad. Tratamiento: psicológico. Evolución: favorable. **Caso 2º:** Anamnesis: Mujer de 11 años. Desde pequeña: "miedo a la oscuridad", timidez excesiva, hipersensibilidad al estrés. Acoso escolar a los 7 años. Presenta Disfagia y pérdida de peso importante. Sufre acoso escolar, baja autoestima y crisis ansioso-depresiva. Exploración: IMC 17.42 (-0.55DE). Inquietud excesiva, llanto fácil. Exámenes: Fibroscopio: faringe e inicio de esófago normales. Estudio baritado: deglución normal. Diagnóstico: Disfagia funcional. Tratamiento: Psico-psiquiátrico, dietético, logopeda. Evolución tórpida. **Caso 3º:** Anamnesis: Varón de 12 años. Varios ingresos por Dolor abdominal intenso. Trastorno del sueño. Muy buen rendimiento escolar. Presenta Dolor abdominal crónico-recurrente incapacitante. Exploración: Obesidad. Carácter serio, excesivamente preocupado por la enfermedad. Hiperresponsable. Exámenes: normales. Diagnóstico: Crisis ansioso-depresiva. Baja autoestima. Tratamiento: psicológico. Evolución: buena. **Discusión:**

Importancia de su diagnóstico para disminuir el sufrimiento de estos jóvenes.

DIPLOPIA SECUNDARIA A NEURITIS ÓPTICA EN LA ADOLESCENCIA

Buitrago Gil, C; Velázquez González, A; Arenas Berenguer I.; Hidalgo Vicario, MI; Parra Martínez, MI.
Hospital Infantil Universitario La Paz. Centro de Salud barrio del Pilar. SERMAS. Madrid.

Introducción: La neuritis óptica es una entidad rara aunque a tener en cuenta en el manejo de la diplopía. **Caso clínico:** Mujer 15 años que consulta por diplopía y visión borrosa. Asocia eritema, edema y prurito palpebral bilateral, mareo, eritema en brazo, pérdida de sensibilidad y fuerza en hemifacies izquierda así como brazo izquierdo. Proceso catarral una semana antes recibió amoxicilina-clavulánico por adenopatías cervicales. *Antecedentes personales:* escoliosis, agenesia renal izda. y familiares sin interés. *Exploración:* AEG, eritema brazo derecho, adenopatías 1.5 cm laterocervicales, ACP y Abdomen normal, faringe hiperémica, neurológico: desviación comisura bucal izquierda, leve nistagmo vertical izquierdo. Pérdida de sensibilidad y fuerza referida. *Pruebas complementarias:* Leucocitos 5600/uL, (19% N, 65,4% L, 14,7% M), GOT 131UI/L, GPT 191UI/L, D-dímero 702ng/mL, PCR <2,9mg/L. TC y RMN craneal: espacios perivasculares de Virchow-Robin versus infarto antiguo (en neurología no se dio valor). Serologías: IgM VEB positivo límite. Resto de serología: citomegalovirus, sífilis, hepatitis y toxoplasma negativos. *Evolución:* se descartó patología oftalmológica/neurológica urgente (ingresada en Neurología para observación 4 días con alta sin diagnóstico). Posteriormente es derivada desde AP a consulta Infecciosas del hospital de referencia y a Oftalmología al persistir la diplopía donde se objetivó astigmatismo y miopía. Tras varias semanas con tratamiento sintomático y lentes correctoras se resolvió. **Diagnóstico diferencial y Discusión:** Dada la clínica visual de nuestra paciente, debemos hacer diagnóstico diferencial entre neuritis óptica, parálisis de nervios oculomotores, defectos refractivos, Guillain-Barré y migraña. También descartar alteraciones neurooftalmológicas por citomegalovirus, MNI, toxoplasmosis, sífilis, enfermedad de Lyme o por arañazo de gato. Se valoró un posible cuadro de simulación que se descartó tras varias entrevistas a solas con la paciente e investigación socio-familiar. Por la clínica, analítica y serología, se diagnosticó neuritis óptica secundaria a Mononucleosis que se resolvió en 9 semanas.

EL PASO DEL PACIENTE ADOLESCENTE AL MÉDICO DE ADULTOS; CUANDO EL PEDIATRA AÚN PUEDE AYUDAR A SU DIAGNÓSTICO

García Vázquez J.; Plácido Paías R.; Espejo Díaz C.; Vaquerizo Vaquerizo V.; González Carracedo M.J.; Portillo Márquez M.
Hospital de Mérida. Badajoz.

Comunicaciones orales y pósters

Comunicaciones presentadas en el V Curso Internacional de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA)

Introducción: Es una práctica habitual ingresar pacientes conocidos a pesar de ser adolescentes en Pediatría, pudiendo complementar su estudio con nuestra experiencia. **Caso clínico:** Anamnesis: Paciente de 14 con drepanocitosis, que presenta fiebre, dolor costal y disnea desde hace 4 días. Antecedentes personales: Emigrante con anemia falciforme diagnosticada a su llegada. Paludismo en varias ocasiones. Exploración Física: SatO₂: 88%. T^a 37.7°C Aceptable estado general. Eupneico. Ictericia conjuntival. Dolor palpación musculatura intercostal. AP: Disminución murmullo vesicular base derecha. Resto de la exploración normal. Pruebas Complementarias, a destacar: Radiografía tórax: Condensación alveolar que borra hemidiafragma derecho. Hemograma: Anemia, leucocitosis con neutrofilia, plaquetas normales D-Dimero alto. TC tórax: Trombo arteria pulmonar principal derecha. Eco-Doppler: TVP en MI Izquierdo. Diagnóstico: Síndrome torácico agudo en paciente con drepanocitosis (STA). Tromboembolismo pulmonar (TEP) con TVP miembro inferior izquierdo. Tratamiento y evolución: Ingresar por sospecha de neumonía, ampliamos el estudio por sus antecedentes personales, para descartar STA vs TEP. **Discusión:** La pérdida de seguimiento del pediatra de pacientes complejos puede tener implicaciones importantes en futuros diagnósticos. En nuestro caso la orientación diagnóstica que complementamos para descartar un fenómeno isquémico-coagulativo fue fundamental para no tratar exclusivamente una neumonía.

HIPERTENSIÓN EN EL ADOLESCENTE: UNA CAUSA INFRECUENTE

Márquez Rivera, M. (a, b) Corredor Andrés, B (a, b)
Travieso Suárez, L. (a, b) Muñoz Calvo, M.T. (a),
Pozo Román J. (a, b, c, d) Argente Jesús (a, b, c, d).

(a) Servicio de Pediatría, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid. (b) Servicio de Endocrinología, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid. (c) Departamento de Pediatría, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. (d) CIBER Fisiopatología de la obesidad y nutrición. Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Introducción: El feocromocitoma es una causa infrecuente de hipertensión arterial en adolescentes. Debemos conocer la clínica, el diagnóstico y el tratamiento, además de la asociación a síndromes genéticos. **Caso clínico:** Varón de 13 años que consulta por episodios recurrentes de cefalea, rubefacción y sudoración desde los 7 años. En la exploración destaca una tensión arterial y frecuencia cardiaca superior al percentil 90. El estudio bioquímico, de imagen (RM) y funcional (MIBG-I123), fue compatible con feocromocitoma bilateral. Se realizó bloqueo alfa y beta adecuado y, posteriormente, adrenalectomía bilateral. Inicia tratamiento sustitutivo con gluco y mineralocorticoides. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico. Se demostró por secuenciación, la existencia de mutación patogénica en el gen Von Hippel Lindau (VHL). El paciente no ha presentado recidivas ni otras patologías asociadas. **Discusión:**

El feocromocitoma es un tumor de células cromafines, productor de catecolaminas, que producen hiperactividad simpática. El diagnóstico exige estudio bioquímico, de imagen y funcional (de extensión). Es prioritario realizar un bloqueo alfa y beta previo a la adrenalectomía. Posteriormente, precisarán tratamiento corticoideo sustitutivo. El feocromocitoma, más si es bilateral, exige descartar mutación genética, siendo las más frecuentes las que afectan al gen VHL. La asociación a otros tumores, exige estudios complementarios periódicos.

ESTOY CANSADO...¡DÉJAME EN PAZ!!

Sánchez Salado L., Díaz Tardón S., González Vergaz A.,
Sánchez Escudero V., García Cuartero B.
Hospital Universitario Severo Ochoa (Leganes). Madrid.

Introducción: La apatía y la astenia son manifestaciones frecuentes del adolescente, pudiendo ser clave en procesos patológicos. **Caso clínico:** Varón de 13 años que consulta por astenia, apatía e hiporexia de un mes de evolución. Antecedentes personales: canal auriculoventricular, intervenido a los 7 meses. Migrañas y tics motores/fonatorios en estudio. Exploración física normal: talla en percentil 97 y peso en percentil 25, TA 123/71 mmHg. Tanner IV. Pruebas complementarias: calcio 15.2 mg/dl; fósforo 2.4 mg/dl; calcio iónico 1.93 mmol/L; calciuria 31.7 mg/dl; iniciándose fluidoterapia intensiva y furosemida, disminuyendo la calcemia y mejorando clínicamente. Estudiando la etiología, se solicita PTH 489 pg/ml y Vit D 35.7 ng/ml junto con ecografía cervical y gammagrafía paratiroidea, sugerente de adenoma paratiroideo. Presenta resorción ósea en clavícula izquierda y nefrocalcinosis. Ante este hiperparatiroidismo, se realiza paratiroidectomía, objetivando hiperplasia de las cuatro paratiroides. En el postoperatorio presenta hipocalcemia tratada con calcio y calcitriol. Nuestro paciente es portador de un polimorfismo en heterocigosis en el exón 3 del gen men 1. **Discusión:** El hiperparatiroidismo aislado es infrecuente en edad pediátrica y presenta sintomatología inespecífica. La astenia fue clave en el diagnóstico, demostrando que no siempre la culpable de todo es la adolescencia.

FIBROADENOMA GIGANTE UNILATERAL DE MAMA

Corredor-Andrés, B., Travieso Suárez L., Márquez Rivera M.,
de Oliveira Cañedo G., Muñoz Calvo M.T., Argente J.
Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Infantil Niño Jesús. Departamento de Pediatría, Universidad Autónoma de Madrid.

Introducción: El fibroadenoma (FA) es la tumoración mamaria benigna más frecuente en adolescencia, siendo el fibroadenoma gigante (FG) una variante infrecuente, representando del 0,05-2%. **Caso clínico:** Adolescente de 12 años consulta por crecimiento progresivo de la mama izquierda de seis meses de evolución, sin sintomatología constitucional asociada. Exploración física: tumoración de 10 x 10 cm en la mama izquierda,

indolora a la palpación, sin adherencia a planos profundos, con aumento de la vascularización cutánea. Sin telorrea. Ausencia de adenopatías axilares. Estadio puberal Tanner V. Ecografía mamaria: imagen hipoeocogénica con bordes bien definidos, compatible con FG o tumor filoide. Punción-aspiración con aguja fina (PAAF) no concluyente. Se realiza exéresis completa. Estudio anatomopatológico: tumoración 14,5 x 11,5 x 7 cm, con elementos epiteliales y estromales no atípicos, con hiper celularidad estromal e hiperplasia epitelial característicos del FG. **Discusión:** Ante una tumoración mamaria se debe realizar ecografía. El diagnóstico diferencial incluye procesos inflamatorios, lesiones benignas (hamartoma, lipoma, hipertrofia virginal) y tumor filoide. La hiperplasia virginal, el tumor filoide y el FG, presentan una imagen ecográfica similar e incluso el estudio citológico puede ser indistinguible. Destacamos la importancia de la exéresis completa para un estudio histológico de la pieza, porque el estudio de la PAAF puede ser inconcluyente.

FIBROADENOMA GIGANTE JUVENIL: SÓLO UN SUSTO

Díaz Tardón, S.; González Vergaz, A.; Sánchez Escudero, V.; Sánchez Salado, L.; Sánchez-Dehesa, R.
Hospital Universitario Severo Ochoa (Leganés). Madrid.

Introducción: Los tumores mamaros son infrecuentes en la adolescencia. El fibroadenoma juvenil gigante, como el del caso que presentamos, es una entidad rara, cuya principal importancia reside en la necesidad de descartar patología maligna. **Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 14 años y 7 meses, de raza negra, con una asimetría mamaria de crecimiento rápidamente progresivo a expensas de mama izquierda, con galactorrea ocasional. En la exploración física destaca una mama indurada, distendida e hiperpigmentada, palpándose una tumoración de 7 cm no adherida a planos profundos, y otro nódulo más pequeño en mama derecha. Se realiza ecografía mamaria con lesión sólida, hipoeocica, vascularizada, compatible con tumoración BIRADS-4a, sugerente de fibroadenoma atípico vs tumor phylloides y fibroadenoma derecho. Valorada por servicio de Ginecología, realizan exéresis de la tumoración de 8x8 cm. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de fibroadenoma juvenil gigante. La evolución posterior fue favorable. **Discusión:** El fibroadenoma gigante juvenil es una patología más frecuente en edad adolescente, que se caracteriza por su rápido crecimiento, lo que obliga a descartar malignidad. La causa es desconocida. El diagnóstico final está determinado por la biopsia y el tratamiento es quirúrgico.

HIPERPIGMENTACIÓN CUTÁNEA COMO EXPRESIÓN DE SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOINMUNE TIPO II

Travieso Suárez, L. (a); Márquez Rivera, M. (a); Corredor Andrés, B. (a); Jerónimo dos Santos, T. (a); Martos Moreno, GA. (a, b), Argente Oliver, J. (a,b).

(a)Servicio de Endocrinología, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid. (b) Departamento de Pediatría, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid CIBER Fisiopatología de la obesidad y nutrición. Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Introducción: El síndrome poliglandular autoinmune (SPA) tipo II tiene una escasa prevalencia (2:100.000), siendo excepcional en niños y manifestándose en la edad adulta. Se caracteriza por dos o más glandulopatías autoinmunes, siendo la más frecuente y precoz la adrenalitis, asociada a tiroiditis y/o diabetes mellitus tipo 1. **Caso clínico:** Niña de 8 años de edad con hiperpigmentación cutáneo-mucosa y pérdida ponderal de un año de evolución. Sin antecedentes familiares ni personales de enfermedades autoinmunes. A la exploración presenta hiperpigmentación generalizada, más intensa en cara extensora de codos y dedos, zona periorcular y perioral. En analítica destaca ACTH elevada, cortisol bajo, renina y aldosterona elevada, hiponatremia e hiperkaliemia, diagnosticándose de insuficiencia suprarrenal primaria, que se confirmó con test de ACTH para cortisol. Asimismo, presenta hipotiroidismo primario. Se detectan anticuerpos antiglandula adrenal, antitiroideos y antiGAD, con HbA1c y glucemias normales. Se inició tratamiento con hidrocortisona (18mg/m²), fludrocortisona (0,05 mg/día) y levotiroxina (25 µg/día), con progresiva normalización de la pigmentación en 2,5 años de seguimiento. **Conclusiones:** La clínica de la insuficiencia suprarrenal suele ser inespecífica (vómitos, astenia, dolor abdominal...) debiéndose sospechar ante hiponatremia con hiperpotasemia y acidosis metabólica. En nuestro caso, la atención a la hiperpigmentación permitió el diagnóstico, que se confirmó con los datos analíticos.

CASO CLÍNICO: AMENORREA SECUNDARIA A ANOREXIA NERVIOSA Y PROLACTINOMA CONCURRENTES EN UNA ADOLESCENTE

Alvarez García, Caballero Caballero J.M., Guerrero Alzola F., Casas Rivero, J., Salmerón Ruiz M.A.
Unidad de Adolescencia. Hospital Universitario La Paz de Madrid.

Introducción: Amenorrea secundaria es ausencia de menstruación durante > 6 meses en mujeres menstruantes. Presentamos un caso en el que concurren una pérdida de peso y un prolactinoma, ambas causas de amenorrea. **Caso clínico:** Mujer de 13 años con pérdida de 8 kg de peso por restricción alimentaria desde hace 4 meses. Amenorrea desde hace 3 meses Menarquia 12 años. Exploración física: IMC: 17,24kg/m² (p14;-1.1DS). Frecuencia cardíaca: 54lpm. Signos físicos de desnutrición. Estadio de Tanner IV. Resto normal. Pruebas complementarias: Test embarazo: negativo. Prolactina 76,22ng/ml(2-29ng/ml).Gonadotropinas normales. RMN craneal: microadenoma hipofisario. Densitometría ósea: Z-score -2,5DS

Comunicaciones orales y pósters

Comunicaciones presentadas en el V Curso Internacional de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA)

a los 7 meses de amenorrea; Z-score -3,3DS a los 14 meses; Z-score -4,0DS a los 26 meses. Diagnósticos: Anorexia nerviosa tipo restrictivo. Microprolactinoma hipofisario. Amenorrea secundaria. Osteoporosis. Evolución: Se realiza renutrición y psicoterapia. IMC máximo 19kg/m² (p27;-0.64DS) mantenido durante 12 meses, sin menstruación. Inicia galactorrea y elevación de prolactina, con diagnóstico por imagen de microadenoma. Inicia tratamiento con cabergolina, con normalización de prolactina. Tiene dos menstruaciones y comienza una recaída anoréxica (IMC 17.8kg/m²(p11;-1.26DS)) con desaparición de menstruación. **Discusión:** Ante una amenorrea secundaria hay que descartar un embarazo, así como realizar una correcta historia clínica que nos permitirá orientar el diagnóstico. El prolactinoma tiene una prevalencia estimada de 60-100/millón en mujeres <20 años. No hay ningún caso publicado de concurrencia de prolactinoma y anorexia nerviosa.

ACTUACIÓN ANTE UN ABUSO SEXUAL EN EL ADOLESCENTE VARÓN

Arenas Berenguer, I; Velázquez González, A; Buitrago Gil, C; Sarria Visa, M; Hidalgo Vicario, MI.
Hospital Universitario Infantil La Paz. Centro de Salud Barrio del Pilar. SERMAS. Madrid.

Introducción: El abuso sexual supone uno de los mayores desafíos para el personal sanitario, ya que es poco común en nuestra práctica clínica. Por ello, ante el siguiente caso clínico hemos revisado distintos protocolos para saber cómo debemos actuar. **Caso clínico:** Varón de 18 años que acude al Servicio de Urgencias alegando haber presentado 3 días antes relaciones sexuales no consentidas con un desconocido. A su llegada aportaba denuncia realizada días previos donde se relataba lo sucedido. Se contactó con el juez de guardia quien dictaminó que no era necesaria la presencia de un médico forense para realizar la exploración y pruebas. Se realiza exploración física siendo normal, se solicita serología, se rellena el parte judicial citando al paciente al día siguiente en consulta de medicina interna para valorar calendario vacunal y profilaxis ante posibles enfermedades de transmisión sexual (ETS). **Discusión:** La forma de actuar dependerá de si existe denuncia y del tiempo transcurrido desde el suceso. Si el paciente ha realizado una denuncia o han transcurrido menos de 72 horas, antes de comenzar la anamnesis o la exploración, se debe contactar con el juez de guardia y seguir sus instrucciones. Si no hay denuncia o hace más de 72 horas que ha tenido lugar la agresión, se puede historiar y explorar cuidadosamente al paciente, siempre acompañado de otro miembro del personal sanitario sin ser necesario llamar al juez de guardia y realizando finalmente un parte de lesiones. Posteriormente, en cualquier situación, se debe descartar y realizar la profilaxis ante las posibles ETS que pueda presentar el paciente, valorar su cartilla de vacunación y tener en cuenta también los aspectos psicológicos.

¿CÓMO SON LOS EMBARAZOS DE NUESTRAS ADOLESCENTES?

Garrote Molpeceres R. (1), Urbaneja Rodríguez E (1), Pino Vázquez M.A. (1), Álvarez Colomo C. (2), González García H. (1), Álvarez Guisasaola F.J. (1).

(1) Servicio de Pediatría. (2) Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos: La adolescencia es una etapa con características especiales por los importantes cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que en ella suceden. Múltiples estudios han señalado que el embarazo en esta época de la vida es una condición de riesgo por las posibles complicaciones obstétricas y perinatales que puede asociar. **Material y métodos:** Estudio de casos-controles que comparó los antecedentes obstétricos y perinatales de las madres adolescentes (casos) con el resto de gestantes (controles) atendidas en nuestro área sanitaria desde 2008 a 2016. Se consideró adolescente a aquella mujer que dio a luz con una edad < a 18 años. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS v23.0, considerando una significación estadística a una p<0,05. **Resultados:** Se analizaron un total de 12.293 gestantes, correspondiendo las gestaciones en adolescentes un 2,5%(305), de las cuales un 95%(290) eran de nacionalidad española. Al comparar ambos grupos, las gestantes adolescentes tuvieron menos partos inducidos (p < 0.001), menos partos instrumentados (p < 0.02) y menos cesáreas (p < 0.001). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los antecedentes de patología obstétrica, nº episiotomías/complicaciones perineales, el ph de cordón, el test de Apgar, el peso al nacimiento, la edad gestacional y la necesidad de ingreso del recién nacido durante el período neonatal inmediato. **Conclusiones:** La prevalencia de adolescentes embarazadas en nuestra serie fue menor que la descrita en la literatura. Además no se detectó relación entre una menor edad de las gestantes y un mayor número de complicaciones obstétricas ni perinatales. Probablemente la ausencia de diferencias en cuanto a patología obstétrica y neonatal entre los grupos se deba a una mejora de la calidad de la asistencia sanitaria y a un mayor control obstétrico en este grupo de riesgo.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA: REVISIÓN DE CASOS EN LA CONSULTA DE ADOLESCENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Sánchez-Holgado, M.; Salmerón Ruiz, MA; Guerrero Alzola, F; Casas Rivero, J; Ovejero García, MT; Serrano-Fernández, MP.
Unidad de Adolescencia. Hospital Universitario La Paz de Madrid.

Introducción: Embarazo adolescente se considera entre 10-19 años con independencia de la edad ginecológica. En España, la tasa de embarazos adolescentes 2015 es 8/1000 y entre

20 - 60% de las adolescentes vuelven a embarazarse en los 2 años siguientes. **Material, método y resultados:** Estudio descriptivo retrospectivo de gestantes adolescentes y jóvenes (10-22 años) atendidas en la consulta de adolescentes de un hospital terciario entre 2014-actualidad, con n= 7 y mediana de edad 15 años (13-22). Factores demográficos: edad, origen, nivel socioeconómico, entorno familiar y nivel educativo (tabla I) Antecedentes personales: 3 sin interés y 3 TCA, 1 TDAH, 3 otros trastornos psiquiátricos y 2 intentos autolíticos (tabla II). Con tratamiento previo el 57,14%: fluoxetina 2, sertralina 1, loracepam 1, y metilfenidato 1. El 57,14% presentaban consumo esporádico de alcohol y/o tabaco. Conductas sexuales y factores obstétricos: edad de inicio de las relaciones sexuales, anticoncepción, edad gestacional en el momento del diagnóstico, deseo de embarazo y opción elegida (tabla III). Edad gestacional en el momento del diagnóstico: 1 fue diagnosticada en el tercer trimestre por obesidad grado III. Anticoncepción previa: 2 doble método, 1 método barrera, 1 sin método anticonceptivo por negar relaciones sexuales. Las restantes fueron remitidas por motivo de la gestación, sin uso previo de anticoncepción. Complicaciones obstétricas: rotura prematura de membranas 1, placenta previa 1, cesárea por herpes genital 1, no control gestacional 2. Todos los recién nacidos fueron a término y 1 preciso ingreso por herpes genital materno. Síntomas depresivos o ansiosos: 2, no precisando psicofármacos. **Discusión:** Los datos obtenidos en la muestra son compatibles con los de la bibliografía. El 57,14% de las gestantes estaban en tratamiento con fármacos potencialmente teratogénicos, no encontrándose bibliografía sobre la teratogenia por fármacos en gestantes adolescentes. El bajo porcentaje de IVE (Interrupción voluntaria del embarazo) encontrado, puede deberse a un sesgo de selección de la muestra. Destaca la ausencia de partos pretérmino, probablemente por la muestra limitada. **Conclusiones:** Las gestaciones en adolescentes predominan en las de menor edad, bajo nivel socioeconómico y entorno familiar desfavorable. Existe un escaso cumplimiento del doble método anticonceptivo recomendado. La mayoría son embarazos no deseados, y sin embargo, continúan con la gestación. Son frecuentes los tratamientos potencialmente teratogénicos, sin encontrar bibliografía sobre su impacto en gestantes adolescentes, siendo importante su estudio. Presenta mayores riesgos obstétricos y es necesario un abordaje multidisciplinar.

EL ENFOQUE SOCIAL DE SALUD EN EL EMBARAZO Y DEL PARTO ADOLESCENTE

Fernández Pérez D., Alonso Uría R.M.

Hospital Docente Ginecoobstétrico Guanabacoa. Cuba.

Introducción: El enfoque social en salud ha permitido comprender que existen determinantes, no sólo biológicas, sino

también psicológicas y sociales que influyen sobre los episodios de salud-enfermedad de los individuos. Un tema de gran interés en las ciencias sociales es el embarazo y parto adolescente cuyo auge se palpa desde las últimas décadas; teniendo en cuenta que esta temática no ha sido abordada desde la óptica sociológica. El territorio de estudio ha tenido también un incremento; en el período 2011-2015 aportando un 10,3% del total de embarazos. **Objetivo:** Proponer manual educativo a través del análisis del impacto bio-psico-social que tiene un embarazo en la etapa adolescente; **Diseño metodológico:** Se realizará un estudio analítico, utilizando metodología cuantitativa y cualitativa, mediante las variables Características Socio-Demográficas de las adolescentes y de futuros padres, y Afectaciones Biológicas y de Salud Mental sufridas por la adolescente atendidas en el primer trimestre del 2017. **Resultados esperados:** Esta herramienta metodológica permitirá indagar la realidad de esas futuras madres, analizando los impactos, biológicos, psicológicos y sociales durante la gestación. **Conclusiones:** Este manual educativo presentará un estudio más profundo del enfoque social de la salud que pueden presentar los/las adolescentes.

CARACTERIZACIÓN DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO HIJO DE MADRE ADOLESCENTE

Alonso Uría, R.M.; Rodríguez Alonso, B.

Hospital Docente Ginecoobstétrico Guanabacoa. Cuba.

Introducción: El embarazo a edades tempranas de la vida es uno de los dilemas médicos más importantes en la población mundial. Esta problemática en aumento, es considerada un factor de riesgo neonatal que conlleva alta probabilidad de bajo peso al nacer y prematuridad. **Objetivo:** Caracterizar al neonato bajo peso hijo de madre adolescente año 2014-2016. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal. Las variables estudiadas fueron: etapa de la adolescencia, edad gestacional, peso del neonato, conteo de Apgar y complicaciones. **Resultados:** Hubo 718 madres adolescentes en el trienio, para un índice de 11.0%. Neonatos bajo peso fueron 41 para un índice de 5.7%. El año más afectado fue el 2016 con 5.7%. Predominó la etapa adolescencia tardía (65.8%), edad gestacional menor de 37 semanas (61%), peso entre 2000-2499gm, (73.5%) Apgar 9-9 puntos. (95.1%) Como complicaciones, el crecimiento intrauterino retardado y la bronconeumonía. Fallecidos: 3 (7.3%). **Conclusiones:** Existió un incremento de las madres adolescentes en la etapa de la adolescencia tardía en el trienio, con aumento en el índice de bajo peso a expensas de los neonatos pretérminos. Es importante exhortar la prevención de la maternidad temprana por el riesgo de morbilidad y mortalidad que para el neonato conlleva.

adolescere

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



sema

Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia