

adolescere

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

Volumen III
ENE-FEB 2015
Nº 1



Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia



Sumario

Coordinadores

MI. Hidalgo Vicario
L. Rodríguez Molinero
MT. 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 (Madrid)
F. López Sánchez (Salamanca)
A. Marcos Flórez (Valladolid)
C. Martín Perpiñan (Madrid)
F. Notario Herrero (Albacete)
P.J. Rodríguez Hernández (Canarias)
M.J. Rodríguez Jiménez (Madrid)
P.J. Ruiz Lázaro (Madrid)
P. Sánchez Masqueraque (Madrid)

Junta Directiva de la SEMA

Presidenta

MI. Hidalgo Vicario

Secretaria

M.J. Ceñal González-Fierro

Tesorero

L. Rodríguez Molinero

Vocales

LS. Eddy
F. Notario Herrero
G. Perkal Rug
P. Ruiz Lázaro
M. Salmerón Ruiz

Director de la Web

A. Redondo Romero

Coordinadora editorial

MI. Hidalgo Vicario

Diseño y maquetación

4monos.es

Editado por

SEMA

Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia

www.adolescenciasema.org

03

Editorial

Grupo de Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (NTIC) de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA)

M.A. Salmerón Ruiz

07

Tema de revisión

Artropatías crónicas en adolescentes

J.C. López Robledillo. D. Clemente Garulo

30

Tema de revisión

Conectivopatías en adolescentes

D. Clemente Garulo. J.C. López Robledillo

44

Tema de revisión

Transición de pacientes reumáticos desde pediatría a las unidades de adultos

J.C. López Robledillo. D. Clemente Garulo

57

Tema de revisión

¿Cómo influye la moda en el comportamiento de los adolescentes?

J.L. Iglesias Diz

67

Protocolo

Protocolo diagnóstico de amenorrea en adolescentes

M.J. Rodríguez Jiménez, I. Hernández de la Calle

74

Caso clínico

Adolescente con anorexia nerviosa

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

82

Novedades bibliográficas

88

Los padres preguntan

Virus del papiloma humano

Calendario vacunal adolescente

91

Entre nosotros

Bienvenida al novato: violencia psicológica

92

Noticias

95

Crítica de libros

Vacunas. Algo más que el Calendario Vacunal. Cuestiones y Respuestas

C. Marina

96

Respuestas a las preguntas test

97

Presentación de la Guía clínica sobre el ciberacoso para los profesionales de la Salud

99

In Memoriam. Dr. Paulino Castells

Adiós a un querido amigo

Normas de publicación en www.adolescenciasema.org

Secretaría editorial adolescere@adolescenciasema.org



Maria Angustias Salmerón Ruiz

Pediatra. Doctora en Medicina. Unidad de Adolescencia Hospital Universitario La Paz de Madrid. Coordinadora del grupo de Nuevas Tecnologías de la Información y la comunicación de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente (SEMA)

Grupo de Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (NTIC) de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA)

Las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) son todas aquellas herramientas y programas que tratan, administran, transmiten y comparten la información mediante soportes tecnológicos.

Las TICs abarcan desde las *clásicas* como la radio y la televisión a las *nuevas tecnologías* centradas fundamentalmente en internet y todos los dispositivos electrónicos conectados a la red. Las TICs han supuesto una revolución en muchos aspectos y un cambio en el paradigma de la comunicación y en la creación, gestión y divulgación de la información. Su crecimiento y evolución es vertiginoso, provocando que en la sociedad actual existan dos grupos bien diferenciados:

- Los nativos digitales: son aquellos que han tenido contacto con las TICs desde el nacimiento, en general saben usarlas sin dificultad, desde edades muy tempranas.
- Los inmigrantes digitales: son aquellos que no han tenido contacto con las TICs desde el nacimiento y han llegado a tener más o menos contacto con ellas según sus necesidades o inquietudes.

Los menores, aunque sean nativos digitales y sepan usar perfectamente los diferentes dispositivos e incluso se manejen mejor que los adultos en las TICs, precisan que los adultos los eduquen en el uso adecuado, seguro y respetuoso de éstas. Para que la educación pueda producirse, es esencial que los adultos las conozcan y todos los colectivos en contacto con menores sepan los riesgos y cada uno a su nivel sea capaz de dar una respuesta adecuada y coordinada.

Es la primera vez en la historia de la humanidad en que los menores son los *maestros* de los adultos en una determinada área, y son los padres los que piden al menor que realice por ellos las gestiones en internet. Es la denominada brecha digital, la diferencia que hay entre grupos

según su capacidad para utilizar las TICs de forma eficaz, debido a los distintos niveles de alfabetización digital, carencias y problemas de accesibilidad a la tecnología.

Un grupo especialmente vulnerable para tener conductas de riesgo en internet es el de los adolescentes, al estar en una edad que se caracteriza por tener dificultades para medir los riesgos, la sensación falsa de invulnerabilidad y la necesidad de intimidad, provocan que tengan la sensación de que ellos solos pueden resolver sus problemas sin ayuda de los adultos.

La tecnología ha revolucionado de tal forma la sociedad, que actualmente el que un menor tenga un *smartphone*, está considerado un hito de desarrollo, capacitación y madurez y se le da al menor en un gesto de confianza.

Riesgos de los menores en las NTICs

El objetivo del pediatra ante los riesgos que los menores tienen en las TICs es prevenir y educar en salud, en el uso adecuado, responsable y seguro de las TICs, al igual que se realiza en otros ámbitos, como en la seguridad vial. Las TICs deberían ser incluidas en los exámenes de salud, como un ítem más. La detección precoz de los casos, especialmente del ciberbullying (CB), para poder realizar un manejo adecuado de los pacientes y un tratamiento precoz, evitando la aparición de comorbilidad y el suicidio. La coordinación con otros profesionales como profesores, abogados, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y la familia, es otra labor fundamental del pediatra.

— *Acceso a información inadecuada o inexacta para la edad.* Internet, se ha convertido en la fuente de información más consultada, tanto por menores como por adultos. Dependiendo de la fuente consultada, esta información puede ser veraz o no, en muchas ocasiones los menores no tienen la capacidad de discriminación y son muy vulnerables al acceder a información no veraz. Es el principal riesgo de los menores en internet.

El acceso a contenidos ilegales, que en la actualidad aún no están legislados, como pueden ser las páginas proana y promía (pro anorexia y pro bulimia), especialmente peligrosas en adolescentes vulnerables o en aquellos pacientes que padecen un trastorno de la conducta alimentaria. El acceso a contenidos inapropiados para la edad, principalmente pornografía y contenidos violentos. Se desconoce qué impacto puede tener el acceso a esta información en menores que se encuentran dicho contenido sin buscarlo.

— *Situaciones conflictivas.* Las principales situaciones conflictivas en la red son: el ciberbullying y el grooming.

El ciberbullying es el acoso ejercido **por un menor a otro menor**, a través de internet, de forma reiterada, con la intencionalidad de provocar un daño en la víctima. En el CB, no hay seguridad espacio temporal para la víctima, está sometida al acoso, 24 horas al día 7 días a la semana, en cualquier lugar, sin espacios de seguridad, pudiendo llegar el acoso al hogar de la víctima. Esto hace que el CB **aunque no sea la amenaza más frecuente, sí es la que entraña mayor riesgo**, al provocar una gran confusión en la víctima.

En la Reunión Anual de 2013, de la Sociedad Americana de Psiquiatría, se puso de manifiesto la importancia del acoso escolar y el ciberacoso por la elevada frecuencia de patología psicósomática, depresión y suicidio. Se enfatizó en la necesidad que tienen todos los pediatras de conocer el problema, dado que en muchas ocasiones el primer síntoma son las somatizaciones (cefalea y dolor abdominal), siendo los pediatras los primeros profesionales consultados y su-

braya la importancia de preguntar en la historia clínica acerca del colegio, las relaciones sociales y el uso de las nuevas tecnologías.

El **grooming** es el acoso ejercido por un adulto a un menor, a través de las TICs, de forma reiterada, con la intencionalidad de provocar un daño en la víctima, con fines sexuales. Es poco frecuente pero con un gran impacto en el menor.

Tanto el CB, como el grooming tienen un gran impacto en la víctima, con repercusiones inmediatas y futuras.

— **Adicciones.** *La edad de inicios de uso de las TICs va disminuyendo progresivamente; en España ya se sitúa el inicio en torno al año de edad. La Sociedad Americana de Pediatría, entre otras sociedades científicas, puso de manifiesto el impacto negativo que puede tener sobre un menor de tres años la exposición reiterada y prolongada a pantallas, así como la importancia de desarrollar el juego simbólico y la interacción con otros niños y adultos.*

Muchos adolescentes utilizan las TICs, como refugio, para no pensar en sus problemas. Los canales de comunicación están cambiando, ha dejado de ser el teléfono o el correo ordinario o el email los canales principales, para dar paso a los servicios de mensajería instantánea on line, los más usados para establecer y mantener la comunicación. Las TICs consumen la mayoría del tiempo libre que tienen los adolescentes, cuando este abuso va acompañado de necesidad continua de uso y de *síndrome de abstinencia* cuando no se puede utilizar, pasa a ser una adicción.

— **Ciberdelincuencia.** *Son múltiples los delitos que se pueden llevar a cabo en Internet y que pueden tener como autor o víctima un menor: ataques a la intimidad, contra la propiedad intelectual, amenazas en internet, calumnias e injurias.*

El tipo penal más próximo al cyberbullying es el determinado por el Artículo 197 del Código Penal, en el que se detalla la revelación de información a terceros sin consentimiento del titular y en el que se recoge la posibilidad de que la víctima sea un menor o un incapaz.

En cuanto al grooming, el Artículo 183 bis del Código Penal condena los actos encaminados al contacto por cualquier medio con menores, acompañados de actos materiales de acercamiento y con el fin de cometer delitos de agresiones y abusos sexuales o relativos a la corrupción y prostitución de menores.

— **Riesgos técnicos.** Los riesgos técnicos son múltiples y pueden afectar a cualquier usuario de internet si no conoce el alcance de sus acciones y si desconoce cuáles es el software mínimo que precisa su dispositivo para ser seguro.

- La pérdida de privacidad, es uno de los riesgos que afecta a la mayoría de los adolescentes. Es frecuente que tengan un perfil en una red social, donde minuto a minuto actualizan su información, muchos de ellos con aplicaciones de geolocalización, a través del GPS del *smartphone*, pudiendo saber qué hace y donde se encuentra el menor en cada momento. En muchas ocasiones revelan información sensible de la familia y publican fotos de ellos mismos o de otros sin su consentimiento, mostrando la práctica de cualquier tipo de actividad, lo que podría afectar a su reputación online en el futuro.
- Otros, como la suplantación de identidad, los fraudes económicos, los virus informáticos, el robo de información, son otra realidad que pueden afectar a los menores.

El grupo de trabajo de NTIC de la SEMA

El grupo de trabajo de NTIC de la SEMA está formado por profesionales sanitarios de diferentes disciplinas tanto de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria, con especial interés en las NTIC.

Los objetivos principales del grupo de trabajo son:

- Difundir el conocimiento y fomentar la formación en las TICs en los diferentes niveles de atención.
- Difundir el conocimiento y fomentar la formación en ciberacoso y TICs, sus repercusiones clínicas e intervención en los diferentes niveles de atención.
- Fomentar las estrategias para favorecer la educación para la salud en ciberacoso y TICs dirigido a menores, padres y educadores.
- Establecer una atención multi e interdisciplinar colaborando con el resto de profesionales implicados en la atención de estos pacientes, tanto sanitarios como no sanitarios: pediatra, psiquiatra, educadores, orientadores, juristas...
- Incidir de forma especial en la adolescencia, debido a la alta incidencia de ciberacosos en este grupo de edad con repercusiones clínicas graves. Promover la participación en estudios dirigidos a mejorar el conocimiento, el tratamiento y las comorbilidades asociadas al trastorno.
- Sensibilizar a todos los profesionales, la Administración y la sociedad en general sobre la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz.

Artropatías crónicas en adolescentes

Juan Carlos López Robledillo. Daniel Clemente Garulo

Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Fecha de recepción: 11 de noviembre 2014

Fecha de publicación: 15 de febrero 2015

Adolescere 2015; III (1): 7-28

Resumen

Las enfermedades reumáticas constituyen una de las primeras causas de enfermedad crónica en la adolescencia y engloban tanto a enfermedades sistémicas autoinmunes, como las conectivopatías y vasculitis como a artropatías crónicas como la artritis idiopática juvenil y las espondiloartropatías juveniles. Las consecuencias orgánicas de estos procesos y la vivencia psicosocial de la enfermedad comprometen el desarrollo físico y psíquico de los adolescentes e impactan desfavorablemente tanto en pacientes y familiares como en la sociedad. El abordaje integral de las artropatías crónicas en adolescentes comprende el tratamiento médico, psicológico y social.

Palabras clave: *enfermedades reumáticas, artritis idiopática juvenil, espondiloartropatía juvenil, adolescencia.*

Abstract

Rheumatic diseases are a leading cause of chronic illness in adolescence and encompass both systemic autoimmune diseases, such as vasculitis and connective tissue diseases and chronic arthropathies like juvenile idiopathic arthritis and juvenile spondyloarthropathies. The functional consequences of these processes and the psychological experience of the disease involve physical and mental development of adolescents and adversely impact both patients and society. The integral approach to chronic joint disease in adolescents understand the medical, psychological and social treatment.

Keywords: *rheumatic diseases, juvenile idiopathic arthritis, juvenile spondyloarthropathy, adolescence.*

“Reuma o reumatismo” son términos obsoletos y muy generales que es preferible evitar y sí referirse a una enfermedad reumática concreta de las que hay más de 200 descritas

Los enfermos adolescentes además, han de afrontar un “doble tránsito”, por un lado el que se produce en su persona durante el paso de la niñez a la edad adulta y por otro, el cambio de atención médica que se produce al pasar de un entorno pediátrico a uno de adultos

La AIJ es la enfermedad reumática más frecuente en la edad pediátrica, tiene un curso crónico y en general su pronóstico a largo plazo no es bueno dado que genera discapacidad y compromete la calidad de vida de los adolescentes y la de sus familiares

Introducción

En la actualidad no hay ninguna enfermedad o dolencia del aparato locomotor que reciba el nombre de “reuma”. La sociedad ha agrupado bajo el nombre de “reuma” o “reumatismo” a todo el conjunto de dolencias o molestias relacionadas con el aparato locomotor, quizá como consecuencia del desconocimiento de su distinta naturaleza y la creencia en una causa común para todas ellas. “Reuma o reumatismo” son términos obsoletos y muy generales que es preferible evitar y sí referirse a una enfermedad reumática concreta de las que hay más de 200 descritas. Para su abordaje podemos considerar una clasificación práctica (tabla I).

Las enfermedades reumáticas (EERR) son frecuentes en la población general pudiendo afectar a cualquier grupo etario, sexo y raza. En adolescentes son menos frecuentes que en adultos y ancianos pero aún así representan una de las primeras causas de enfermedad crónica en esta fase de la vida junto a la diabetes y la epilepsia por ejemplo. Por ello es importante su conocimiento para un mejor abordaje.

Los adolescentes se enfrentan a una enfermedad reumática bien porque ésta se inicie durante la adolescencia o lo que es más frecuente, sufran las consecuencias o secuelas de una enfermedad crónica iniciada cuando eran niños. Es muy importante señalar desde el principio que con frecuencia se compromete su desarrollo físico y psíquico tanto por las consecuencias orgánicas de la enfermedad articular crónica como por la vivencia psicosocial de la misma en un contexto muy especial. Los enfermos adolescentes además, han de afrontar un “doble tránsito”, por un lado el que se produce en su persona durante el paso de la niñez a la edad adulta y por otro, el cambio de atención médica que se produce al pasar de un entorno pediátrico a uno de adultos.

Las EERR impactan desfavorablemente en adolescentes, sus familias y la sociedad a la que pertenecen. La capacidad de los pacientes para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se ve restringida originando diversos grados de discapacidad no siempre reconocida oficialmente. La calidad de vida de pacientes y familiares también se afecta principalmente por el dolor y la limitación de la movilidad que experimentan los enfermos y por las numerosas visitas médicas con sus exploraciones complementarias correspondientes que generan absentismo (escolar en adolescentes y laboral en padres). Desde un punto de vista económico vemos como tanto las familias como la sociedad en general tienen que soportar costes inherentes al cuidado y asistencia sanitaria. Los familiares tienen que hacer frente entre otros a gastos de transporte, medicamentos etc. y en la sociedad repercuten los gastos derivados de la asistencia sanitaria (consultas, ingresos, ayudas sociales etc) y el empleo de medicamentos que en la mayoría de las ocasiones tienen un elevado precio (tabla II).

En este capítulo abordaremos las principales enfermedades que cursan con artritis crónicas durante la adolescencia y que se agrupan mayoritariamente bajo la denominación general de artritis idiopática juvenil. Aunque las EERR pueden debutar en esta fase de la vida, lo más habitual es que se expresen como reagudizaciones y/o consecuencias o secuelas evolutivas de una enfermedad que se inició durante la niñez.

Artritis idiopática juvenil ^(1,2,3)

La artritis idiopática juvenil (AIJ) conocida antiguamente como artritis crónica juvenil o artritis reumatoide juvenil, es la enfermedad reumática más frecuente en la edad pediátrica, tiene un curso crónico y en general su pronóstico a largo plazo no es bueno dado que genera discapacidad y compromete la calidad de vida de los adolescentes y la de sus familiares. El concepto de AIJ se expone en la tabla III.

La AIJ no es una enfermedad única, en realidad engloba a un grupo heterogéneo de entidades caracterizadas por inflamación articular persistente en menores de 16 años (4) (Tabla IV).

Epidemiología

La artritis idiopática juvenil (AIJ) tiene una incidencia estimada de 5-20 casos anuales/100.000 niños y una prevalencia de 30-150 casos/100.000 niños. La distribución de la enfermedad es universal habiéndose descrito en todas las razas y áreas geográficas. (5,6) Es más frecuente en las niñas en una proporción aproximada de 7:1, aunque en la forma de artritis relacionada con entesitis predominan los varones.

Etiopatogenia

La etiología es desconocida. La patogenia consiste en un proceso complejo que conduce hacia la inflamación articular, la degradación del cartílago y la erosión ósea. Se producen una serie de interacciones variables e interdependientes entre los mecanismos proinflamatorios y los antiinflamatorios. Las citocinas juegan un papel clave como estimuladoras del proceso patológico. Las citocinas clave en la patogénesis de la AIJ son la interleucina 1 (IL-1), interleucina 6 (IL-6) y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa) (1,6).

Es muy probable que, en un huésped genéticamente predispuesto, la interacción entre la célula presentadora de antígeno, que ha estado en contacto con un agente desencadenante desconocido, y su linfocito T específico sea determinante para el inicio de la enfermedad. Sin embargo, esta interacción podría preceder en mucho tiempo al inicio de los síntomas.

Clínica

Las manifestaciones clínicas de la AIJ dependen del tipo de enfermedad (forma de inicio) y de su evolución. Es destacable que la inflamación articular puede no hacerse patente al inicio del cuadro, y puede manifestarse como rigidez (matutina o tras periodos de reposo) o limitación para la realización de una actividad determinada. La inflamación articular es el signo guía y debe buscarse mediante una adecuada exploración física teniendo en cuenta que cualquier articulación de nuestra economía puede verse afectada, no sólo articulaciones grandes a las que estamos más acostumbrados. (figuras 1,2)

Por otro lado como consecuencia de la persistencia o progresión de la artritis pueden producirse contracturas en grandes o pequeñas articulaciones y limitación persistente de la movilidad tanto en el esqueleto axial como en el periférico. (figuras 3-7)

Cuando la enfermedad sigue un curso crónico persistente o progresivo son habituales las alteraciones del crecimiento, ya sean locales (disimetrías de miembros, micrognatia, etc) o generales en las que se hace patente un retraso ponderoestatural, en especial en los periodos de mayor actividad de la enfermedad.

El retraso del crecimiento está relacionado con el déficit de secreción central y de acción periférica de la hormona de crecimiento y el bajo peso, con un déficit en la nutrición secundaria a la anorexia que muchos niños padecen. Todo ello conlleva un retraso en la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

La etiología es desconocida. La patogenia consiste en un proceso complejo que conduce hacia la inflamación articular, la degradación del cartílago y la erosión ósea

Las manifestaciones clínicas de la AIJ dependen del tipo de enfermedad (forma de inicio) y de su evolución

El retraso del crecimiento está relacionado con el déficit de secreción central y de acción periférica de la hormona de crecimiento y el bajo peso, con un déficit en la nutrición secundaria a la anorexia que muchos niños padecen. Todo ello conlleva un retraso en la aparición de los caracteres sexuales secundarios

Forma sistémica (artritis sistémica)

Cursa con fiebre alta en forma de picos y afectación del estado general, poliartritis y exantema asalmonado (figura 6) que se distribuye por tronco y extremidades y suele ser evanescente.

No es infrecuente que la fiebre preceda en días, meses e incluso años a la artritis. Por este motivo muchos pacientes son estudiados al inicio de la enfermedad como fiebre de origen desconocido

Las manifestaciones generales son en ocasiones tan intensas que la artritis puede pasar desapercibida. No es infrecuente que la fiebre preceda en días, meses e incluso años a la artritis. Por este motivo muchos pacientes son estudiados al inicio de la enfermedad como fiebre de origen desconocido. En la exploración física pueden objetivarse adenopatías, hepatomegalia, esplenomegalia, pleuritis, pericarditis etc. Las pruebas de laboratorio son inespecíficas siendo habitual la presencia de leucocitosis y elevación de la VSG y reactantes de fase aguda de la inflamación, como la proteína C reactiva (PCR) y la ferritina. La enfermedad sigue por lo general un curso policíclico o monocíclico alcanzándose la remisión entre los 2 y los 6 años. Un tercio de los casos evolucionan desfavorablemente y presentan daño estructural articular y alteraciones del crecimiento tanto local como general. Un escaso porcentaje mueren por el desarrollo de infecciones intercurrentes o amiloidosis secundaria que es causa de mortalidad en algunas ocasiones. La utilización más precoz de fármacos inductores de remisión, inmunosupresores y terapias biológicas ha permitido aumentar la supervivencia de los pacientes y su calidad de vida.

En la actualidad esta forma de artritis se tiende a agrupar dentro de las síndromes autoinflamatorias con la denominación de Enfermedad de Still juvenil.

Forma poliarticular (seronegativa y seropositiva)

Se caracteriza por afectarse cinco o más articulaciones durante los primeros seis meses

Se caracteriza por afectarse cinco o más articulaciones durante los primeros seis meses. Su inicio suele ser insidioso, con escasa y moderada afectación del estado general. Al inicio se afectan sobre todo las pequeñas articulaciones de las manos, columna cervical y temporomandibulares, en fases posteriores se comprometen el resto de las articulaciones de una forma progresiva. Las tenosinovitis son frecuentes en esta forma de la enfermedad (figura 4,5.)

Cuando el factor reumatoide es positivo, la enfermedad presenta un pronóstico más desfavorable al comprometer de forma simétrica y progresiva a grandes y pequeñas articulaciones. En el 10-15% de los casos aparecen nódulos subcutáneos que se localizan en las zonas de roce o presión, son duros, móviles y no dolorosos. Su presencia se asocia a un peor pronóstico. En esta forma seropositiva la evolución a largo plazo es desfavorable en la mayoría de los enfermos, bien sea porque la enfermedad permanece activa o bien porque se produce discapacidad importante, como sucede en más de la tercera parte de los casos. Este subtipo de artritis tiende a reclasificarse en la actualidad como artritis reumatoide juvenil.

Cuando el factor reumatoide es positivo, la enfermedad presenta un pronóstico más desfavorable al comprometer de forma simétrica y progresiva a grandes y pequeñas articulaciones

Forma oligoarticular (persistente y extendida)

Afecta mayoritariamente a niñas pequeñas, que presentan inflamación en menos de 5 articulaciones, por lo general de forma asimétrica. La forma de presentación habitual es la de monoartritis de rodilla poco sintomática. En este grupo es característica la uveítis, (también denominada iridociclitis) crónica (figura 7). Se presenta en más del 15-20% de los casos y se asocia a la presencia de anticuerpos antinucleares (ANA), por lo que su positividad supone un factor de riesgo para el desarrollo de la uveítis. En el 60% de los casos es bilateral y suele cursar de

forma poco sintomática, por lo que deben realizarse revisiones oftalmológicas periódicamente para evitar la aparición de secuelas importantes que limiten la capacidad visual y que incluso podrían terminar en ceguera. Esta forma de inicio es la que tiene mejor pronóstico articular. En los adolescentes deben realizarse evaluaciones oftalmológicas con menor frecuencia que en los niños dado que el riesgo de uveítis es menor. Se debe tener en cuenta que en esta etapa de la vida son más características las uveítis agudas unilaterales que suelen ser muy sintomáticas a diferencia de las de los niños, este tipo de inflamación ocular suele asociarse a espondiloartropatías juveniles y por ello deben realizarse exploraciones clínicas y analíticas pertinentes para realizar un diagnóstico precoz.

En los adolescentes deben realizarse evaluaciones oftalmológicas con menor frecuencia que en los niños dado que el riesgo de uveítis es menor

Cuando transcurridos seis meses se comprometen más de 4 articulaciones se habla de oligoartritis extendida, esta forma cursa con peor pronóstico, equivalente a la artritis poliarticular.

Forma artritis y psoriasis

Esta forma se presenta, por lo general, como una oligoartritis asimétrica de grandes y pequeñas articulaciones, pero no es infrecuente que debute como una monoartritis aguda muy sintomática con fiebre y elevación de reactantes de fase aguda de la inflamación que en ocasiones plantea el diagnóstico diferencial con una artritis infecciosa (figura 8).

Un porcentaje elevado de enfermos presentan dactilitis (artritis y tenosinovitis en un dedo) que le confiere el aspecto característico de «dedo en salchicha».

Las lesiones cutáneas de psoriasis son las mismas que las de los pacientes que no tienen artritis. El pitting ungueal es muy frecuente en esta forma de artritis y su presencia, aun sin lesiones cutáneas, hace sugerente el diagnóstico de artropatía psoriásica.

El curso de la enfermedad suele ser crónico con actividad persistente o intermitente en forma de brotes con un compromiso axial menos frecuente que el que se produce en la artropatía psoriásica de los adultos, aunque un 20% de los casos desarrollan sacroileítis.

Forma artritis relacionada con entesitis (artritis y entesitis, espondiloartropatías juveniles)

Se da en niños mayores y cursa con artritis de miembros inferiores y afectación de las entesis que son el punto de anclaje de un ligamento, tendón o cápsula articular en el hueso. Las entesis que se comprometen con mayor frecuencia son el tendón de Aquiles (y su inserción en el calcáneo) y la fascia plantar (figura 9). Esta forma representa en muchas ocasiones la forma inicial de una espondiloartropatía juvenil que típicamente afecta al esqueleto axial y articulaciones sacroilíacas con tendencia a la anquilosis. Las espondiloartropatías juveniles engloban entre otras a la espondilitis anquilosante juvenil, la artropatía psoriásica y la artritis asociada a la enfermedad inflamatoria intestinal (8-10).

Las espondiloartropatías juveniles engloban entre otras a la espondilitis anquilosante juvenil, la artropatía psoriásica y la artritis asociada a la enfermedad inflamatoria intestinal

Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico de AIJ se requiere la presencia de artritis (dolor y tumefacción de una articulación o bien limitación dolorosa de la movilidad) en un paciente menor de 16 años,

Para realizar el diagnóstico de AIJ se requiere la presencia de artritis (dolor y tumefacción de una articulación o bien limitación dolorosa de la movilidad) en un paciente menor de 16 años, durante un periodo de tiempo de al menos 6 semanas habiéndose descartado otras enfermedades

Las pruebas de laboratorio resultan de utilidad para orientar o confirmar un diagnóstico y valorar la actividad inflamatoria y repercusión orgánica de la enfermedad o de sus tratamientos

Los ANA se asocian a diversas conectivopatías siendo las principales el lupus eritematoso sistémico y la artritis idiopática juvenil

durante un periodo de tiempo de al menos 6 semanas habiéndose descartado otras enfermedades como infecciones, tumores, procesos mecánicos/ortopédicos y otras enfermedades reumáticas (1,2,3).

En el caso de las espondiloartropatías juveniles pueden ser de utilidad para realizar el diagnóstico los criterios de Amor (10) Tabla V.

Para realizar un seguimiento de la enfermedad, se utilizan criterios clínicos (percepción de mejoría, duración de la rigidez matutina, número de articulaciones inflamadas o limitadas, ...), de laboratorio (VSG, PCR, factor reumatoide, anticuerpos antinucleares, ...) y de imagen, como la presencia de erosiones articulares. La capacidad funcional y la calidad de vida relacionada con la salud son parámetros que cada vez se emplean con mayor aceptación como indicadores evolutivos de la enfermedad (2).

Principales exploraciones complementarias en el diagnóstico y evaluación de una artritis crónica

Aunque el diagnóstico de la patología reumática se basa en gran medida en la historia clínica, las pruebas de laboratorio resultan de utilidad para orientar o confirmar un diagnóstico y valorar la actividad inflamatoria y repercusión orgánica de la enfermedad o de sus tratamientos.

Pruebas de laboratorio (tabla VI)

Factor reumatoide. El factor reumatoide es un autoanticuerpo dirigido contra determinantes antigénicos de la Fc de IgG humana (Fc: fragmento cristalizante). Habitualmente se determina el FR-IgM. El FR se produce en los lugares donde existe inflamación o en los órganos inmunológicamente activos. Cuando el FR es positivo orienta hacia la presencia de una enfermedad autoinmune, pero debe de tenerse en cuenta su asociación con diversas patologías inflamatorias. En niños es infrecuente aunque en adolescentes con artritis poliarticular puede resultar positivo indicando peor pronóstico.

Anticuerpos Antinucleares. Los anticuerpos antinucleares (ANA) son autoanticuerpos dirigidos contra varios antígenos nucleares entre los que se incluyen: ADN, ARN, proteínas nucleares no acídicas (histonas), proteínas nucleares acídicas o bien complejos integrados por algunos de estos elementos moleculares. La determinación se realiza por ELISA o por inmunofluorescencia indirecta utilizando como sustrato cortes de tejidos animales o líneas celulares como la Hep-2.

Los ANA se asocian a diversas conectivopatías siendo las principales el lupus eritematoso sistémico y la artritis idiopática juvenil.

La positividad de los ANA en niños con artritis idiopática juvenil constituye un factor de riesgo de uveítis, sobre todo si se trata de niñas pequeñas y su forma de inicio es oligoarticular. Se debe de tener en cuenta que los ANA no guardan relación ni con la gravedad de la uveítis ni con la de la enfermedad de base.

Anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado (anti-CCP). Los anti-CCP tienen muy poca utilidad en la edad pediátrica. Sólo son positivos en un pequeño porcentaje de niños con AIJ y un factor reumatoide positivo, circunstancia más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes.

HLA B27. Los antígenos de clase I están presentes en todas las células nucleadas del organismo y en las plaquetas. Están implicados en el reconocimiento antigénico desempeñando un papel decisivo en la interacción de los linfocitos T citotóxicos con otras células. A diferencia de las moléculas de clase II se asocian a enfermedades reumáticas en las que no se detectan autoanticuerpos. En algunos casos constituyen marcadores genéticos de predisposición a la enfermedad dado que su presencia constituye un factor de riesgo para el desarrollo de la misma. El antígeno de clase I más estudiado es el HLA B27 del que se conocen varios subgrupos. Se asocia entre otras a enfermedades como las espondiloartropatías, artritis reactiva y artritis idiopática juvenil oligoarticular de inicio tardío.

El tipaje HLA puede caracterizar subgrupos concretos de patología inflamatoria que se denominan «B27 relacionados» como las espondiloartropatías y la artritis idiopática juvenil oligoarticular de comienzo tardío.

Ante la presencia de una oligoartritis asimétrica con afectación predominante de MMII, la presencia de HLA B27 orienta hacia el diagnóstico de espondiloartropatía juvenil.

Si después de una infección (habitualmente gastrointestinal) y antes de que transcurran 4 semanas de la misma, se presenta un cuadro inflamatorio articular la positividad del HLA B27 reforzaría el diagnóstico de artritis reactiva.

Estudio del líquido sinovial. El estudio del líquido sinovial comprende: aspecto macroscópico, celularidad y recuento, tinción de GRAM y cultivos para bacterias y hongos, presencia de bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) y cultivo de micobacterias (Lowenstein). Su mayor utilidad radica en el despistaje de un proceso infeccioso, pero se recomienda su estudio siempre que se realice una artrocentesis. El aislamiento del microorganismo en el hemocultivo o en la articulación es fundamental para el diagnóstico y el tratamiento de las artritis infecciosas. El cultivo de líquido articular, obtenido por artrocentesis, está indicado en las artritis agudas con sospecha de etiología infecciosa y en las monoartritis u oligoartritis subagudas o crónicas de etiología no aclarada (figuras 10 y 11).

Técnicas de imagen

Radiología convencional. La radiología simple es habitualmente el método que se utiliza inicialmente para el estudio de la inflamación articular. La sinovitis puede detectarse en articulaciones como rodilla, codo y tobillo, observándose el desplazamiento de las almohadillas grasas adyacentes. La radiología simple descarta patología ósea relacionada con la inflamación articular como pueden ser tumores o infecciones localizadas en hueso, en las artritis evolucionadas permite valorar si existe daño estructural asociado, importante para el pronóstico (figura 12).

Ecografía musculoesquelética (11). Útil en la definición anatómica de tendones, bolsas sinoviales, ligamentos, músculos y estructuras articulares como cartílago hialino, cortical ósea y periostio, derrame articular, cuerpos libres y sinovitis. Las ventajas son: permitir una exploración dinámica en tiempo real, confirmar la sospecha diagnóstica, realizar punciones guiadas y no radiar (figura 13 y 14).

Resonancia magnética (RM) Es muy sensible y específica tanto para el diagnóstico de sinovitis y el daño estructural que puede presentarse evolutivamente. Es fundamental para la valoración

Ante la presencia de una oligoartritis asimétrica con afectación predominante de MMII, la presencia de HLA B27 orienta hacia el diagnóstico de espondiloartropatía juvenil

Si después de una infección (habitualmente gastrointestinal) y antes de que transcurran 4 semanas de la misma, se presenta un cuadro inflamatorio articular la positividad del HLA B27 reforzaría el diagnóstico de artritis reactiva

del esqueleto axial en espondiloartritis juveniles (sacroileítis). También es de gran utilidad para el diagnóstico precoz de osteomielitis y osteonecrosis.

Gammagrafía ósea (GGO). Proporciona una medida cualitativa del flujo sanguíneo, así como de la actividad osteoblástica. La GGO con tecnecio está indicada en el curso de procesos cuyas manifestaciones radiológicas importantes para el diagnóstico aparecen con retraso, siendo útil en la distrofia simpática refleja, osteonecrosis, metástasis óseas recientes, artritis de localización profunda (coxitis, sacroileítis), lesiones óseas neoplásicas y estudio de patología infecciosa en combinación con otros radiofármacos como el Galio.

Factores de riesgo y pronóstico

Sólo la tercera parte de los casos alcanzan la remisión total de la enfermedad con el transcurso de los años

El curso de la enfermedad es muy variable, muchos pacientes se recuperan totalmente pero otros evolucionan a la cronicidad presentando grados variables de discapacidad; sólo la tercera parte de los casos alcanzan la remisión total de la enfermedad con el transcurso de los años. Se ha estimado que al llegar a la edad adulta al menos el 60% de los niños presentan algún grado de discapacidad y al menos el 50% recibe alguna medicación antirreumática (1-3).

El 10-15% de los niños con AJ desarrollan uveítis que suele ser crónica y capaz de provocar daño ocular como queratopatía en banda, sinequias posteriores y cataratas secundarias, por ello, la presencia de uveítis supone un pronóstico desfavorable (figura 7).

Los factores que se asocian con una mala evolución de la enfermedad a largo plazo dependen, entre otros, de factores sociodemográficos (edad de presentación de la enfermedad, sexo, nivel socioeconómico) y de factores relacionados con la propia enfermedad (número de articulaciones afectas, gravedad al inicio de la misma, compromiso de articulaciones «de riesgo» como la cadera o columna cervical, presencia de manifestaciones extraarticulares como uveítis, positividad del factor reumatoide, presencia de daño estructural en las articulaciones, desarrollo de amiloidosis secundaria). Otros factores que se han señalado como de mal pronóstico son la presencia de un genotipo HLA determinado (HLA DR4, DR1, ...) y también los relacionados con el tratamiento, como la precocidad de inicio de un agente modificador de la enfermedad (12).

Bases del tratamiento de una artritis crónica en adolescentes (13,14)

El tratamiento inicial se basa en el empleo de antiinflamatorios no esteroideos como el ibuprofeno o naproxeno sódico junto a medidas encaminadas a evitar el flexo articular (rodilla o carpo) con férulas nocturnas y la atrofia muscular mediante la práctica de ejercicios isométricos

El tratamiento inicial se basa en el empleo de antiinflamatorios no esteroideos como el ibuprofeno o naproxeno sódico (15 mg/kg/día en 2 dosis) junto a medidas encaminadas a evitar el flexo articular (rodilla o carpo) con férulas nocturnas y la atrofia muscular mediante la práctica de ejercicios isométricos si esto es posible. Transcurrido un tiempo prudencial y descartada la presencia de un proceso séptico o tumoral, se valorará la práctica de una infiltración con glucocorticoides si persiste la clínica inflamatoria y se ha diagnosticado una enfermedad reumática. También se considerará el empleo de antirreumáticos de acción lenta como el metotrexate, salazopyrina o leflunomida, si el proceso reumático se hace persistente o progresivo. En muchas ocasiones se recurre al empleo de glucocorticoides orales a dosis bajas o medias, como confort o bien como terapia puente hasta que los antirreumáticos de acción lenta inician su efecto. Si a pesar de estas medidas no remite la enfermedad y por tanto no se alcanza el objetivo terapéutico, se emplean terapias biológicas dirigidas a neutralizar el efecto de citocinas proinflamatorias como TNF e IL-1 (Ver algoritmo en figura 15).

Tablas y Figuras

Tabla 1.
Principales enfermedades reumáticas
en adolescentes

1. INFLAMATORIAS
<p>a. Con afectación predominante articular</p> <ul style="list-style-type: none">i. Artritis idiopática juvenilii. Espondiloartritis juvenilesiii. Artritis reactivas <p>b. Con afectación predominante sistémica o extraarticular</p> <ul style="list-style-type: none">i. Lupus eritematoso sistémicoii. Miopatías inflamatorias:<ul style="list-style-type: none">1. Dermatomiositis / polimiositisiii. Esclerodermia<ul style="list-style-type: none">1. Esclerodermia localizada (morfea)/ Esclerodermia difusa2. Esclerosis sistémica progresivaiv. Vasculitis:<ul style="list-style-type: none">1. Púrpura de Schonlein Henoch, Enfermedad de Kawasaki2. Otras Vasculitis leucocitoclásticas. Takayasu, PAN, Wegener, Churg Strauss, Behcetv. Síndromes autoinflamatorios<ul style="list-style-type: none">1. Enfermedades autoinflamatorias hereditarias (Fiebre Mediterránea Familiar, HIDS, TRAPS, CAPS, PAPA etc)2. Enfermedades autoinflamatorias idiopáticas (Artritis sistémica, Enfermedad de Behcet, Enfermedad de Crohn, Síndrome PFAPA)
2. NO INFLAMATORIAS
<ul style="list-style-type: none">a. Infecciones musculoesqueléticas<ul style="list-style-type: none">i. Artritis sépticas / Osteomielitis / Piomiositisb. Síndromes de dolor musculoesquelético<ul style="list-style-type: none">i. Síndromes de sensibilización central (fibromialgia juvenil y relacionadas)ii. Síndromes relacionados con hiperlaxitudiii. Distrofia simpático reflejaiv. Dolor neuropáticoc. Metabólicas: osteomalacia, osteoporosis, gota juvenil

HIDS: El síndrome de hiperinmunoglobulinemia D con fiebre periódica; TRAPS: El síndrome periódico asociado al receptor del factor de necrosis tumoral; CAPS: Síndromes asociados a criopirina o criopirinopatías; Síndrome PAPA: El síndrome de artritis piogénica estéril, pioderma gangrenoso y acné; Síndrome PFAPA: del inglés *periodic Fever, Adenopathy, Pharyngitis and Afthae*

Tabla 2.
Impacto de las EERR en adolescentes

1. EN LOS PACIENTES
a. Reducción capacidad funcional b. Limitación calidad de vida c. Impacto psicológico d. Rendimiento escolar y deportivo
2. EN LOS FAMILIARES Y ENTORNO PRÓXIMO
a. Calidad de vida b. Impacto psicológico (estrés, ansiedad, depresión) c. Economía
3. EN LA SOCIEDAD
a. Costes i. Visitas, ingresos ii. Exploraciones complementarias iii. Costes medicamentos iv. Ayudas sociales

Tabla 3.
Concepto de artritis idiopática juvenil

• ARTRITIS PERSISTENTE > 6 SEMANAS
• EDAD < 16 AÑOS
• EXCLUSIÓN DE OTRAS PATOLOGÍAS QUE CURSAN CON ARTRITIS:
o Enfermedades infecciosas y relacionadas con la infección o Enfermedades hematológicas y neoplásicas o Enfermedades ortopédicas o Otras enfermedades inflamatorias crónicas autoinmunes o Otras conectivopatías o Vasculitis sistémicas

Tabla 4. Subgrupos de artritis idiopática juvenil

1. *Oligoartritis persistente*: < 5 articulaciones
2. *Oligoartritis extendida*: inicialmente < 5 y evolutivamente >5 articulaciones
3. *Poliartritis seronegativa*: > 4 articulaciones con factor reumatoide negativo
4. *Poliartritis seropositiva*: > 4 articulaciones con factor reumatoide positivo
5. *Artritis sistémica*: fiebre en picos, exantema evanescente y artritis (que en muchas ocasiones no está presente al inicio y por tanto el diagnóstico es de probabilidad)
6. *Artritis y psoriasis*: artritis y psoriasis documentada por un médico
7. *Artritis y entesitis*: artritis y entesitis (fascitis, tendinitis aquilea...)
8. No clasificable

Tabla 5. Criterios de Amor para la casificación de las espondiloartritis (EsA)

Criterios de clasificación		Puntos	
A	Signos clínicos, historia clínica		
	1	Dolor lumbar/dorsal nocturno, rigidez matutina lumbar/dorsal o ambos	1
	2	Oligoartritis asimétrica	2
	3	Dolor difuso, no bien precisado, en regiones glúteas; dolor difuso en región glútea derecha o izquierda, alterno	1 o 2
	4	Dactilitis	2
	5	Talalgia u otra entesopatía	2
	6	Iritis	2
	7	Antecedente de uretritis no gonocócica o cervicitis un mes antes del inicio de la artritis	1
	8	Antecedente de diarrea un mes antes del inicio de la artritis	1
	9	Presencia o antecedente de psoriasis, balanitis, enteropatía crónica o todas ellas	2
B	Signos radiológicos		
10	Sacroileítis (si bilateral grado 2 o superior, unilateral grado 3 o superior)	3	
C	Predisposición genética		
11	HLA-B27 positivo, antecedentes familiares de EA, síndrome de Reiter, psoriasis, uveítis o enteropatía	2	
D	Respuesta al tratamiento		
12	Mejoría franca de los síntomas en 48 horas con el empleo de AINE, recaída rápida (48 horas) de las molestias con su interrupción, o ambos factores	2	

Se diagnostica EsA si la suma de los puntos de los 12 criterios es ≥ 6 puntos.

EA Espondilitis anquilosante, AINE antiinflamatorio no esteroideo

Tabla 6. Pruebas de laboratorio para el estudio y seguimiento de las artropatías

<ul style="list-style-type: none"> • REACTANTES DE FASE AGUDA: — Proteínas de fase aguda: PCR, fibrinógeno...
<ul style="list-style-type: none"> • AUTOANTICUERPOS: — Factor reumatoide — Anticuerpos antinucleares (ANA, anti-DNA, anti-ENA, anti-histonas) — Anticuerpos anticardiolipina (ACA) IgG e IgM — Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) — Otros anticuerpos
<ul style="list-style-type: none"> • ANTÍGENOS HLA
<ul style="list-style-type: none"> • COMPLEMENTO (C3 Y C4): INMUNOGLOBULINAS, CRIOGLOBULINAS, ...
<ul style="list-style-type: none"> • SEROLOGÍA: ASLO, BRUCELA, SALMONELLA, YERSINIA, CAMPILOBACTER, CLAMYDIA, MICOPLASMA, VIRUS (VHB, VHC, VEB, RUBÉOLA, PARVOVIRUS B19...)
<ul style="list-style-type: none"> • MICROBIOLOGÍA: CULTIVOS, MANTOUX
<ul style="list-style-type: none"> • LÍQUIDO SINOVIAL: — Examen macroscópico — Celularidad — Tinción gram y cultivo habitual — Cultivos especiales: micobacterias, hongos, ...
<ul style="list-style-type: none"> • BIOPSIA SINOVIAL: ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO Y CULTIVOS

VHB: virus de hepatitis B, VHC: virus hepatitis C, VEB: virus de Epstein Barr

Figura 1.
Inflamación articular. Puede objetivarse
artritis tanto en grandes como en pequeñas
articulaciones



Figura 2.
Limitación de la movilidad. Contracturas en
flexión de interfalángicas proximales



Figura 3.
Limitación de la movilidad cervical. Extensión incompleta del cuello



Figura 4.
Afectación temporomandibular. Retrognatía en paciente con artritis idiopática juvenil de larga evolución



Figura 5.
Afectación temporomandibular. Apertura oral
asimétrica



Figura 6.
Exantema asalmonado evanescente. Paciente con
artritis sistémica en brote



Figura 7.
Iridociclitis aguda sintomática con sinequias pupilares. Paciente con espondiloartritis juvenil HLA B27+



Figura 8.
Artropatía psoriasica juvenil. Paciente con lesiones cutáneas características en codos, onicopatía y artritis en interfalángica distal de cuarto dedo de la mano



Figura 9.
Tendinitis aquílea izquierda. Paciente con artritis y entesitis



Figura 10.
Artrocentesis de rodilla. Paciente con monoartritis no filiada (probable AIJ)



Figura 11.
Aspecto macroscópico del líquido sinovial.
Variable desde transparente a muy celular
(apariencia séptica)



Figura 12.
Radiografía de pelvis en paciente con afectación
de ambas caderas. Obsérvese gran erosión en
cuello femoral izquierdo

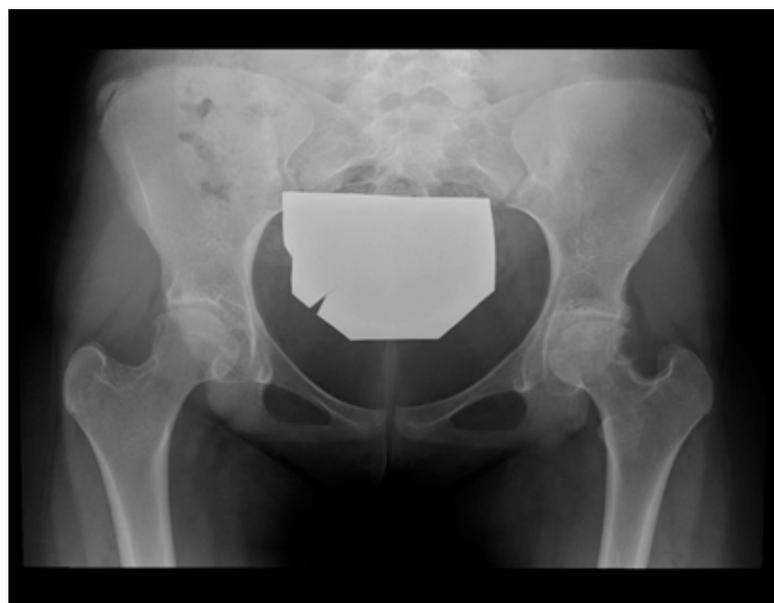


Figura 13
Ecografía de rodilla. Derrame e hipertrofia en bursa subcuadricipital características de artritis crónica

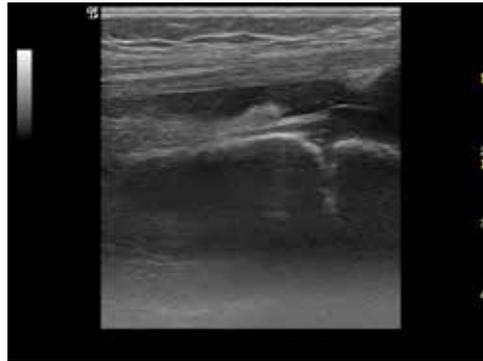
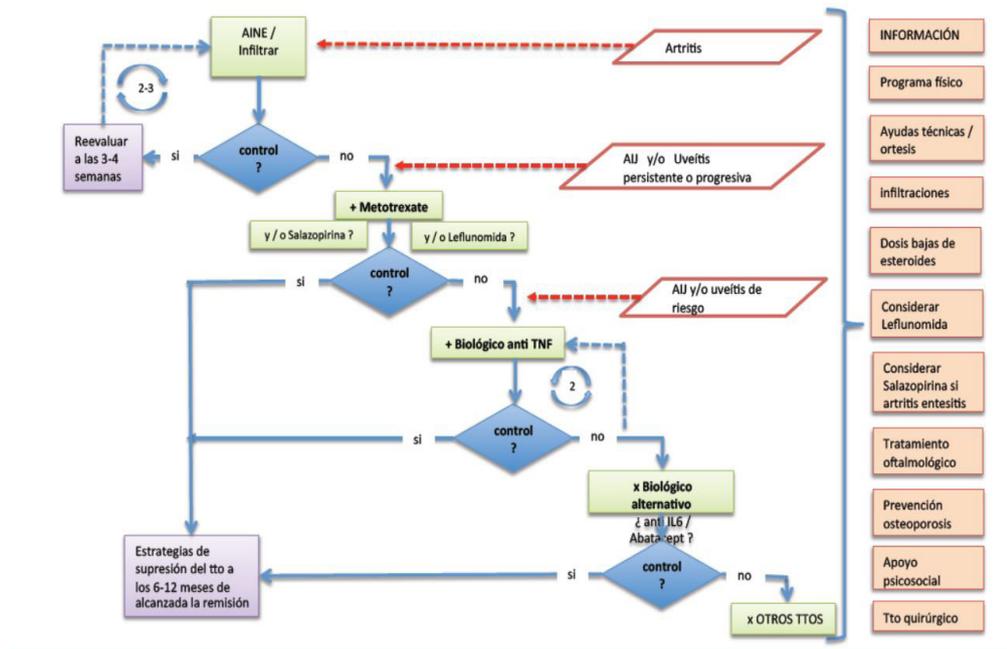


Figura 14.
Ecografía de tobillo. Derrame receso sinovial tibioastragalino característico de artritis crónica



Figura 15.
Algoritmo terapéutico de las artropatías crónicas de base inmune en adolescentes



Fuente: Juan Carlos López Robledillo

Preguntas

1. La artritis idiopática juvenil se caracteriza por la presentación:

- a. edad < 16 años
- b. artritis persistente > 6 semanas
- c. enfermedad ortopédica
- d. enfermedad hematológica
- e. Son ciertas a y b

2. Las manifestaciones clínicas de la artritis idiopática juvenil son:

- a. inflamación o rigidez articular
- b. contracturas articulares
- c. limitación de la movilidad
- d. alteraciones del crecimiento
- e. todas son correctas

3. En la artritis idiopática juvenil, forma crónica son frecuentes:

- a. disimetrías de miembros
- b. alteración temporomandibular
- c. retraso ponderoestatural
- d. retraso puberal
- e. todas son ciertas

4. La artritis sistémica se caracteriza:

- a. fiebre alta
- b. poliartritis
- c. hepatoesplenomegalia
- d. nunca se alcanza la remisión
- e. Son ciertas a,b y c

5. La artritis persistente oligoarticular se caracteriza:

- a. Inflamación de en menos de 5 articulaciones
- b. No presentan uveítis
- c. ANA negativos
- d. Mal pronóstico
- e. Todas son correctas

Respuestas en la página 96

Bibliografía

1. Cassidy JT, Laxer RM, Petty RE, et al. The juvenile idiopathic arthritis. En: Cassidy Textbook of Pediatric Rheumatology. Cap. 13. 6th ed. Filadelfia: Elsevier Saunders; 2011.
2. Modesto C, Gamir M. Artritis idiopática juvenil. 1a ed. Marge Medica Books; 2011.
3. Gowdie PJ, Tse SML. Juvenile Idiopathic Arthritis. *Pediatr Clin N Am*. 2012; 59: 301-27.
4. Petty RE, Southwood TR, Manners P, Baum J, Glass DN, Goldenberg J, et al. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton 2001. *J Rheumatol*. 2004; 31: 390-2.
5. Gäre BA. Juvenile arthritis: who gets it, where and when? A review of current data on incidence and prevalence. *Clin Exp Rheumatol* 1999;17:367-374.
6. Macaubas C, Nguyen K, Milojevic D, Park J, Mellins ED. Oligoarticular and polyarticular JIA: epidemiology and pathogenesis. *Nat Rev Rheumatol*. 2009; 5: 616-26.
7. Petty R, Smith J, Rosenbau J. Arthritis and uveitis in children. A pediatric rheumatology perspective. *Am J Ophthalmol*. 2003; 135: 879-84.
8. Burgos-Vargas R, Pacheco-Tena C, Vázquez Mellado J. Juvenile-onset spondyloarthropathies. *Rheum Dis Clin North Am* 1997;23:569-598.
9. Gensler LS, Ward MM, Reveille JD, Learch TJ, Weisman MH, Davis JC Jr. Clinical, radiographic and functional differences between juvenile-onset and adult-onset ankylosing spondylitis: results from the PSOAS cohort. *Ann Rheum Dis* 2008; 67:233-237.
10. Amor B, Dougados M, Mijiyawa M. [Criteria of the classification of spondylarthropathies]. *Rev Rhum Mal Osteoartic*. 1990; 57:85-9.
11. Collado P, Jousse-Joulin S, Alcalde M, Naredo E, D'Agostino MA. Is ultrasound a validated imaging tool for the diagnosis and management of synovitis in juvenile idiopathic arthritis? A systematic literature review. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012; 64:1011-1019.
12. Beresford MW. Juvenile idiopathic arthritis: new insights into classification, measures of outcome, and pharmacotherapy. *Paediatr Drugs* 2011; 13:161-173.
13. Berard R. Approach to the child with joint inflammation. *Pediatr Clin North Am*. 2012; 59: 245-262.
14. Beukelman T, Patkar NM, Saag KG, et al. American College of Rheumatology Recommendations for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: initiation and safety monitoring of therapeutic agents for the treatment of arthritis and systemic features. *Arthritis Care Res*. 2011; 63: 465-82.

OMEGA
Kids®

TRATAMIENTO NUTRICIONAL DE LOS SÍNTOMAS DEL TDAH

La suplementación con una combinación de Omega-3 (EPA > DHA) y Omega-6 (GLA) ha demostrado ser eficaz en la mejora de la impulsividad, hiperactividad, falta de atención y problemas de aprendizaje, tanto en los niños con síntomas de TDAH como en los ya diagnosticados.

OMEGAKids® es el "escalón nutricional" para mejorar la concentración, el desarrollo cognitivo y el rendimiento escolar.

Cápsulas
masticables

Líquido



AROMA LIMÓN

ORDESA
www.ordesa.es

Conectivopatías en adolescentes

Daniel Clemente Garulo. Juan Carlos López Robledillo

Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Fecha de recepción: 11 de noviembre 2014

Fecha de publicación: 15 de febrero 2015

Adolescere 2015; III (1): 30-43

Resumen

Las conectivopatías constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades ocasionadas por el desarrollo de autoanticuerpos o células T autorreactivas frente a diversas estructuras corporales. Se caracterizan por una afectación multisistémica sin una causa aparente, con síntomas y signos variables que pueden aparecer simultáneamente o durante el transcurso de semanas o meses. Es habitual la presencia de anticuerpos antinucleares y otros autoanticuerpos y ayuda a la confirmación diagnóstica. Pueden ser enfermedades graves y los tratamientos empleados para controlar la enfermedad, principalmente corticoides e inmunosupresores, pueden dar lugar a efectos adversos significativos a corto y largo plazo.

Palabras clave: *conectivopatías, lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis juvenil, esclerodermia pediátrica.*

Abstract

Connective tissue diseases are a heterogeneous group of disorders caused by the development of autoantibodies or autoreactive T cells against various body structures. They are characterized by multi-system involvement without apparent cause, with variables signs and symptoms that may appear simultaneously or in the course of several weeks and months. It is common to find anti-nuclear and other autoantibodies and helps confirm the diagnosis. These diseases can be severe and the treatments required for disease control, mainly steroids and immunosuppressive drugs, have potential side effects in the short and long term.

Keywords: *connective tissue diseases, systemic lupus erythematosus, juvenile dermatomyositis, pediatric scleroderma.*

Introducción

Las conectivopatías constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades ocasionadas por una alteración en la inmunidad adquirida, apareciendo autoanticuerpos o células T autorreactivas frente a diversas estructuras corporales. La causa es desconocida, aunque en su aparición va a influir la combinación de una serie de factores ambientales en un paciente predisuesto ge-

néticamente. Aunque son poco frecuentes en adolescentes, es importante su reconocimiento precoz para iniciar un tratamiento adecuado que permita el control de la enfermedad y mejorar el pronóstico de los pacientes a largo plazo.

Prevalencia

Las conectivopatías son enfermedades raras, con un predominio del sexo femenino y tendiendo a aparecer en adolescentes o preadolescentes. El lupus eritematoso sistémico es la conectivopatía más conocida, con una incidencia de 0,3 a 0,9 casos/100.000 niños/año y una prevalencia de 3,3 a 8,8/100.000 niños, afectando especialmente a asiáticos, afroamericanos y latinos. Otras conectivopatías son la dermatomiositis juvenil (2-4 casos/millón de niños), la esclerodermias localizadas (1 caso por cada 100.000/niños), la esclerosis sistémica (1 caso por cada millón de niños), la enfermedad mixta del tejido conectivo y el síndrome de Sjögren.

Las conectivopatías son enfermedades raras, con un predominio del sexo femenino y tendiendo a aparecer en adolescentes o preadolescentes

Manifestaciones clínicas

Las conectivopatías se caracterizan por afectar a múltiples órganos y sistemas sin una causa aparente, con síntomas y signos variables que pueden aparecer simultáneamente o de forma insidiosa durante el transcurso de semanas o meses. Los síntomas iniciales son inespecíficos en muchos casos, como fiebre, astenia, anorexia, pérdida de peso o linfadenopatías. Por ello debe establecerse un diagnóstico diferencial con infecciones (víricas y bacterianas), neoplasias (especialmente procesos linfoproliferativos) y otras enfermedades inflamatorias (vasculitis). Las manifestaciones clínicas van a depender de los órganos afectados, siendo algunas de ellas muy sugerentes de una conectivopatía (exantema malar en lupus eritematoso o pápulas de Gottron en dermatomiositis juvenil).

Las conectivopatías se caracterizan por afectar a múltiples órganos y sistemas sin una causa aparente, con síntomas y signos variables

Lupus eritematoso sistémico

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune provocada por la aparición de autoanticuerpos dirigidos frente a múltiples órganos y sistemas. Los síntomas constitucionales, la artritis y el exantema malar son las manifestaciones iniciales más frecuentes en los pacientes con LES juvenil. Durante su evolución puede afectarse cualquier órgano, apareciendo de forma aislada o simultáneamente manifestaciones mucocutáneas (exantema malar en alas de mariposa (imagen 1), fotosensibilidad, úlceras orales, alopecia, fenómeno de Raynaud), musculoesqueléticas (artritis/artralgias, mialgias, necrosis avascular), renales (HTA, glomerulonefritis), neuropsiquiátricas (cefalea, las alteraciones del estado de ánimo, la psicosis, la disfunción cognitiva, convulsiones), hematológicas (citopenias), gastrointestinales (dolor abdominal, diarrea, hepatoesplenomegalia) y/o cardiopulmonares (pericarditis/pleuritis, alteraciones en las pruebas funcionales respiratorias, miocarditis,...).

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune provocada por la aparición de autoanticuerpos dirigidos frente a múltiples órganos y sistemas

Dermatomiositis juvenil

La dermatomiositis juvenil (DMJ) se caracteriza por la inflamación crónica de piel y músculo estriado, presentándose como un cuadro de debilidad muscular de comienzo insidioso y manifestaciones cutáneas específicas como las pápulas de Gottron (imagen 2) o el eritema heliotropo (imagen 3). La debilidad muscular afecta a la cintura escapular (dificultad para levantar los brazos) y pélvica (dificultad para subir y bajar escaleras) y puede asociar dolor muscular con el ejercicio. El signo de Gowers (el niño trepa por sus muslos para levantarse del suelo) es positivo. Puede aparecer disfagia o disnea por afectación de la musculatura faríngea y respiratoria. Durante su evolución pueden aparecer calcinosis, úlceras cutáneas y una lipodistrofia o pérdida de tejido adiposo subcutáneo.

La dermatomiositis juvenil (DMJ) se caracteriza por la inflamación crónica de piel y músculo estriado, presentándose como un cuadro de debilidad muscular

Esclerodermia juvenil

La esclerodermia agrupa a un conjunto de enfermedades caracterizadas por la fibrosis o excesivo depósito de colágeno en la piel y en otros tejidos

La esclerodermia agrupa a un conjunto de enfermedades caracterizadas por la fibrosis o excesivo depósito de colágeno en la piel y en otros tejidos. Dependiendo de la localización y extensión de la fibrosis se distinguen formas localizadas (se afectan piel y tejidos subyacentes) o sistémicas (se afectan piel, vasos y órganos internos). La esclerodermia localizada se inicia de manera insidiosa con un edema cutáneo localizado con bordes eritematosos o violáceos, seguido de un progresivo endurecimiento de la piel y tejidos subyacentes (imagen 4), con frecuencia asociado a alteraciones de la pigmentación, alopecia y anhidrosis. Pueden aparecer manifestaciones extracutáneas, principalmente musculoesqueléticas (artralgias/artritis) y, si se afecta cara y cuero cabelludo, manifestaciones neurológicas (cefalea, convulsiones, trastornos del comportamiento) y oculares (epiescleritis, uveítis, afectación palpebral). La esclerodermia sistémica suele iniciarse con la aparición de un fenómeno de Raynaud asociado a edema e induración progresiva en manos y cara, telangiectasias (cara y extremidades superiores) y alteraciones capilares en el lecho ungueal. Las principales manifestaciones extracutáneas son gastrointestinales (reflujo gastroesofágico, trastornos en la motilidad digestiva), respiratorias (alteraciones en las pruebas de función pulmonar, enfermedad intersticial pulmonar, hipertensión pulmonar) y musculoesqueléticas (artralgias y artritis, sobre todo en manos).

Enfermedad mixta del tejido conectivo

La enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) se caracteriza por presentar signos y síntomas de dos o más conectivopatías y la presencia de los anti-RNP (anticuerpos anti ribonucleoproteína nuclear). Las manifestaciones clínicas iniciales más frecuentes son el fenómeno de Raynaud y la poliartritis de manos, apareciendo progresivamente manifestaciones de artritis idiopática juvenil (sinovitis), LES (exantema malar, pleuritis, pericarditis, adenopatías), DMJ (debilidad muscular, miositis) y esclerosis sistémica (esclerodactilia, enfermedad pulmonar intersticial, trastornos en la motilidad esofágica).

Síndrome de Sjögren

El síndrome de Sjögren se caracteriza por la inflamación de las glándulas exocrinas, principalmente glándulas salivales y lagrimales. Por ello se manifiesta como sequedad oral (dificultad para salivar durante las comidas o para hablar) y ocular además de otros síntomas sistémicos variables.

Pruebas complementarias

Lupus eritematoso sistémico

Aunque los ANA pueden ser positivos en niños sanos, valores por encima de 1/1280 son muy sugerentes de LES

La característica principal del LES es la presencia de múltiples autoanticuerpos, siendo los anticuerpos antinucleares (ANA) positivos (títulos > 1 /160) en la mayoría de pacientes. Aunque los ANA pueden ser positivos en niños sanos, valores por encima de 1/1280 son muy sugerentes de LES. Los anticuerpos anti-DNA (en 75% pacientes) y los anti-Sm (anticuerpos anti Smith)(en 50% pacientes) son muy específicos de LES. Otros anticuerpos que pueden encontrarse son los anti-SS-A (Ro) y anti-SS-B(La), los anti-RNP y los anticuerpos

antifosfolípido (anticoagulante lúpico, anticardiolipina). Para monitorizar la actividad de la enfermedad se utilizan los niveles de anti-DNA y los valores de complemento (C3 y C4), siendo estos últimos bajos o indetectables durante los periodos de actividad. El hemograma puede mostrar la citopenia de una o más series hematológicas y puede aparecer elevación de las transaminasas y de la creatinina en el perfil bioquímico. Es habitual la elevación de la VSG con unos valores normales de la PCR, ya que esta última suele ser normal durante un brote de LES (excepto si se manifiesta como serositis) y puede ayudar a diferenciar actividad lúpica de infecciones intercurrentes. En el análisis de orina podemos encontrar proteinuria, hematuria y/o cilindros urinarios. En estos casos es necesaria la biopsia renal para establecer el tipo de nefritis lúpica y su actividad (tabla 1).

Dermatomiositis juvenil

El hemograma suele ser normal al inicio de la enfermedad, aunque puede aparecer linfopenia. Las enzimas musculares (creatinquinasa, alanina aminotransferasa, aspartato amino transferasa, lactato deshidrogenasa, aldolasa) están elevadas en más del 75 % de los pacientes, pero sus valores no se correlacionan con la actividad de la enfermedad. Los ANA son positivos hasta en el 85% de los casos y pueden aparecer autoanticuerpos específicos de miositis, como el anti-Jo1. La inflamación muscular puede demostrarse mediante un EMG y/o una resonancia magnética, siendo esta última cada vez más utilizada en la evaluación inicial de pacientes con DMJ. o con manifestaciones atípicas (debilidad muscular asimétrica, localizada o de predominio distal, atrofia muscular, fasciculaciones,...). La calcinosis es fácilmente apreciable en las radiografías simples. Es recomendable la realización de una radiografía de tórax y pruebas de función pulmonar al inicio del cuadro y durante su evolución, al igual que un ECG y un ecocardiograma basales. La biopsia muscular sigue siendo necesaria para confirmar el diagnóstico en pacientes sin las alteraciones cutáneas características

La biopsia muscular sigue siendo necesaria para confirmar el diagnóstico en pacientes sin las alteraciones cutáneas características

Esclerodermia juvenil

En las esclerodermias localizadas no hay alteraciones analíticas características, pudiendo los reactantes de fase aguda (VSG, PCR) reflejar la actividad de la enfermedad. Pueden detectarse ANA, aunque sin una correlación clínica significativa, así como FR. En las esclerodermias sistémicas el hemograma, la orina y los reactantes de fase aguda suelen ser normales. Casi todos los pacientes tienen ANA, siendo característica la positividad a los anticuerpos antitopoisomerasa (o Scl-70) y los anticuerpos anticentrómero. La radiografía simple detecta la presencia de calcificaciones, erosiones articulares y acrosteolisis. Debe realizarse una radiografía de tórax, pruebas de función pulmonar (espirometría, difusión de la capacidad de monóxido de carbono), un ECG y un ecocardiograma en la valoración inicial de estos pacientes. Cuando existen alteraciones en las pruebas funcionales respiratorias hay que descartar una alveolitis pulmonar mediante un TC de alta resolución y/o un lavado broncoalveolar. Ante síntomas de reflujo gastroesofágico debe completarse el estudio con una manometría, una pHmetría y/o una endoscopia digestiva alta.

En las esclerodermias localizadas no hay alteraciones analíticas características

Enfermedad mixta del tejido conectivo

Es frecuente encontrar en el hemograma anemia, leucopenia y/o trombocitopenia. Otras alteraciones comunes son la hipocomplementemia, la elevación de las enzimas musculares y la presencia de FR positivo. Los títulos de ANA están elevados, siendo característica la presencia de anticuerpos anti-RNP a títulos altos.

Los títulos de ANA están elevados, siendo característica la presencia de anticuerpos anti-RNP a títulos altos

Síndrome de Sjögren

La presencia de ANA y anticuerpos anti-SSA o anti-SSB refuerza la sospecha diagnóstica, que puede confirmarse mediante el estudio anatomopatológico de biopsias de glándulas salivares menores.

Diagnóstico

Se han establecido unos criterios para el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (tabla 1), dermatomiositis juvenil (tabla 2) y esclerosis sistémica (tabla 3). En el resto de las conectivopatías el diagnóstico se realiza principalmente mediante la historia clínica y la exploración física y con el apoyo de las pruebas complementarias.

Tratamiento

El tratamiento de las conectivopatías se basa en el uso de fármacos, principalmente corticoides e inmunosupresores, y en la atención a medidas generales de salud. Es fundamental la educación del adolescente y la familia, ya que el cumplimiento del tratamiento a largo plazo puede ser difícil, bien por miedo a efectos adversos (estrías cutáneas o aumento de peso con altas dosis de corticoides) o porque se "cansan" de estar enfermos, acudir a citas, tomar medicaciones,... Hay que asegurar que el calendario vacunal ha sido completado (especialmente la inmunización contra el neumococo) y realizar un tratamiento precoz de las infecciones.

Lupus eritematoso sistémico

Debe evitarse la exposición al sol (radiación UVB) en adolescentes con LES, recomendando protección solar (SPF \geq 30) a diario

Debe evitarse la exposición al sol (radiación UVB) en adolescentes con LES, recomendando protección solar (SPF \geq 30) a diario. Por supuesto, no se recomienda broncearse ni acudir a salones de bronceado. Se debe recomendar una ingesta adecuada de calcio y suplementos de vitamina D y controlar la dieta cuando se inicia un tratamiento con corticoides a dosis altas para evitar una excesiva ganancia ponderal. Especialmente los adolescentes con LES deben evitar fumar, ya que puede empeorar la actividad de la enfermedad y disminuir la eficacia de medicaciones como la hidroxicloroquina.

El tratamiento farmacológico del LES debe ser individualizado según las manifestaciones clínicas asociadas, la extensión y la gravedad de la enfermedad. Los fármacos más habituales y sus indicaciones se recogen en la tabla 5. La dosis y duración del tratamiento con corticoides está basada en la gravedad de las manifestaciones clínicas, desde una dosis de prednisona de 0.25-0.75 mg/kg/día en dosis única (manifestaciones cutáneas y articulares, serositis y síntomas sistémicos generales) a dosis iniciales de 2 mg/kg/día repartida en 3 dosis cuando existe afectación renal grave (nefritis lúpica III o IV) o manifestaciones neuropsiquiátricas. La administración temprana de bolos de metilprednisolona de 30 mg/kg vía intravenosa (3 días consecutivos) debe considerarse en estos casos graves. Con dosis altas de corticoides la aparición de efectos adversos, como acné, vello facial (transitorios) o estrías cutáneas (permanentes) es prácticamente constante, pudiendo aparecer necrosis avascular y mayor número de infecciones. El tratamiento con ciclofosfamida en menores de 20 años se asocia a fallo ovárico en un 13 % de los casos, por lo que puede plantearse el uso de análogos de hormona liberadora de gonadotropina como medida preventiva.

Dermatomiositis juvenil

El tratamiento se basa en la administración de metotrexato (15 mg/m²/semana) asociado a prednisona a dosis de 2 mg/kg/día vía oral con un descenso progresivo a las 2-4 semanas hasta su suspensión 12-24 meses después. Como terapia adyuvante de las lesiones cutáneas puede utilizarse tratamientos tópicos (corticoides, tacrólimos, pimecrolimus) o asociar hidroxicloroquina oral a 3-6 mg/kg/día. También se recomiendan suplementos de calcio y vitamina D y evitar la exposición solar. Aunque en la fase aguda se recomienda el reposo, el ejercicio físico aeróbico moderado aporta beneficios a los pacientes en remisión clínica.

El tratamiento de la DMJ se basa en la administración de metotrexato (15 mg/m²/semana) asociado a prednisona a dosis de 2 mg/kg/día vía oral con un descenso progresivo

Esclerodermia localizada

En las lesiones circunscritas superficiales con signos de actividad puede realizarse tratamiento tópico con corticoides, inhibidores de la calcineurina (tacrólimos, pimecrolimus), o con fototerapia con luz ultravioleta (UV). En los casos en los que existe afectación profunda, que cruza articulaciones (riesgo de limitación funcional), lesiones lineales o atróficas que afectan a cara o cuero cabelludo, una progresión rápida o una distribución amplia de las lesiones y/o un fracaso a los tratamientos tópicos o terapia UV, se utilizan corticoides orales (prednisona a 0,5-1 g/kg/día) asociado a metotrexato a dosis de 10-15 mg/m²/semana vía oral o subcutánea. Puede ser necesaria la realización de fisioterapia para mejorar contracturas articulares y cirugía plástica para la reconstrucción de alteraciones faciales.

En los casos en los que existe afectación profunda de la esclerodermia localizada, se utilizan corticoides orales (prednisona a 0,5-1 g/kg/día) asociado a metotrexato a dosis de 10-15 mg/m²/semana vía oral o subcutánea

Esclerosis sistémica

El tratamiento de la esclerosis sistémica es sintomático y depende de las manifestaciones clínicas del paciente, como el nifedipino para el fenómeno de Raynaud o inhibidores de la bomba de protones y procinéticos para el reflujo gastroesofágico. Algunas recomendaciones generales incluyen una protección contra el frío y los traumatismos y la adecuada hidratación de la piel. Se necesitan programas de fisioterapia para mejorar las contracturas articulares.

El tratamiento de la esclerosis sistémica es sintomático

Enfermedad mixta del tejido conectivo

La mayoría de pacientes suelen responder a corticoides a dosis bajas, AINEs, hidroxicloroquina o combinaciones de estas medicaciones. El fenómeno de Raynaud se trata evitando el frío y el estrés emocional y, en los casos más graves, con nifedipino. Cuando existe una afectación visceral importante se requieren corticoides a dosis altas e inmunosupresores.

Síndrome de Sjögren

El tratamiento suele ser sintomático: lágrimas artificiales, estimulantes de la salivación, una buena higiene dental y antiinflamatorios no esteroideos para los dolores articulares.

Evolución y pronóstico

El LES en niños y adolescentes tiene peor pronóstico que los casos de inicio en la edad adulta

Las conectivopatías son enfermedades crónicas que suelen cursar con periodos de actividad y de remisión clínica, pudiendo desencadenarse exacerbaciones por factores como la exposición solar, infecciones, intervenciones quirúrgicas,...Las esclerodermias localizadas suponen una excepción ya que la duración media de la actividad suele estar limitada a 3-5 años y la progresión a esclerosis sistémica es excepcional. El pronóstico va a estar determinado por los órganos afectados y la toxicidad de los tratamientos recibidos. El LES en niños y adolescentes tiene peor pronóstico que los casos de inicio en la edad adulta, ya que presentan manifestaciones clínicas más graves y mayor morbilidad (osteoporosis, aterosclerosis y enfermedad coronaria precoces) y mortalidad (5-15% de los casos), principalmente por complicaciones infecciosas o fracaso renal. La mayor parte de los adolescentes con dermatomiositis juvenil realizará una vida normal, aunque no todos podrán realizar una actividad física intensa, siendo la mortalidad baja (1-2% casos), normalmente debido a complicaciones respiratorias.

Tablas y Figuras

Tabla 1.
Clasificación de la nefritis lúpica

Nefritis lúpica	Descripción	Histología
Clase I	GN mesangial con cambios mínimos	Glomérulos normales al MO pero con depósitos inmunes en la IF
Clase II	GN mesangial proliferativa	Hiper celularidad mesangial con expansión de la matriz mesangial y depósitos inmunes en el mesangio
Clase III	GN focal	GN focal, segmentaria o global que afecta a menos del 50% de los glomérulos con depósitos inmunes subendoteliales difusos
Clase IV	GN difusa	GN difusa, segmentaria o global que afecta a más del 50% de los glomérulos con depósitos inmunes subendoteliales difusos
Clase V	GN membranosa	GN global o segmentaria con depósitos inmunes subepiteliales
Clase VI	GN esclerosante avanzada	≥90% de los glomérulos están esclerosados y sin actividad residual

GN: glomerulonefritis; MO: microscopía óptica; IF: inmunofluorescencia

Tabla 2.
Criterios diagnósticos de lupus eritematoso sistémico

Criterio	Definición
1. Eritema malar	Eritema fijo, liso o elevado, en "alas de mariposa", con tendencia a respetar surco nasogeniano
2. Eritema discoide	Placas eritematosas elevadas con hiperqueratosis; puede existir cicatrización atrófica en lesiones antiguas
3. Fotosensibilidad	Exantema tras la exposición solar, recogido en la historia o documentado por un médico
4. Úlceras orales	Ulceraciones orales o nasofaríngeas, no dolorosas
5. Artritis	Artritis no erosiva de articulaciones periféricas
6. Serositis	Pleuritis o pericarditis
7. Trastornos renales	Proteinuria persistente >0.5 g/dL o Cilindros celulares
8. Trastornos neurológicos	Convulsiones o psicosis en ausencia de causa metabólica o medicamentosa
9. Trastornos hematológicos	Anemia hemolítica con reticulocitosis o Leucopenia < 4000/μL en 2 o más ocasiones o Linfopenia < 1500/μL en 2 o más ocasiones o Trombocitopenia < 100.000/μL
10. Trastornos inmunológicos	Anticuerpos antiADN o Anticuerpos antiSm o Anticuerpos antifosfolípido (anticuerpos anticardiolipina, presencia de anticoagulante lúdico o VDRL falso +)
11. Anticuerpos antinucleares	Por inmunofluorescencia o técnica equivalente

Tabla 3.
Criterios para el diagnóstico de dermatomiositis juvenil

Criterios:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Debilidad simétrica de la musculatura proximal (cinturas, flexora cervical) 2. Biopsia muscular con evidencia de necrosis, fagocitosis, regeneración, atrofia perifascicular, variación en el tamaño de las fibras musculares, infiltrado inflamatorio perivascular 3. Elevación sérica de enzimas musculares 4. Alteraciones electromiográficas demostrando evidencia de miopatía y denervación (potenciales de unidad motora polifásicos de baja amplitud y corta duración; fibrilaciones; descargas repetitivas de alta frecuencia) 5. Manifestaciones cutáneas características (rash heliotropo, pápulas/signo de Gottron)
Diagnóstico:
<p>DMJ "definida": cambios cutáneos + 3 criterios adicionales DMJ "probable": cambios cutáneos + 2 criterios adicionales DMJ "posible": cambios cutáneos + 1 criterio adicional</p>

Tabla 4.
Criterios para la clasificación de la esclerosis sistémica juvenil

Criterio mayor (requerido)
<p>Induración/engrosamiento de la piel proximal a las articulaciones metacarpofalángicas o metatarsfalángicas</p>
Criterios menores (2 requeridos)
<p>Cutáneos: esclerodactilia Vasculares periféricos: fenómeno de Raynaud, alteraciones del lecho ungueal (megacapilares o áreas avasculares) o úlceras en la punta de los dedos Gastrointestinales: disfagia o reflujo gastroesofágico Cardiacos: arritmias, fallo cardíaco Renales: crisis renal esclerodérmica, hipertensión arterial de reciente comienzo Respiratorios: fibrosis pulmonar (en radiografía de tórax o en TC alta resolución), DLCO disminuido, hipertensión arterial pulmonar (primaria o secundaria a enfermedad pulmonar intersticial, valorada por ecocardiograma) Neurológicos: neuropatía o síndrome del túnel del carpo Musculoesqueléticos: artritis, miositis o roce en tendones Serológicos: anticuerpos antinucleares o autoanticuerpos selectivos de esclerosis sistémica (antitopoisomerasa 1 o Scl-70, anticentromero, anti ARN polimerasa I o III, anti PM-Scl, antifibrilina)</p>

Sensibilidad del 90% y especificidad del 96% cuando el criterio mayor y 2 criterios menores están presentes; TC: tomografía computerizada; DLCO: capacidad de difusión del monóxido de carbono

Tabla 5.
Fármacos utilizados en el tratamiento
del lupus eritematoso sistémico

FÁRMACO	INDICACIONES	Dosis	Observaciones
AINEs	Manifestaciones musculoesqueléticas Síntomas constitucionales leves Pleuritis o pericarditis leve	Variable según AINE utilizado	Meningitis aséptica
Hidroxicloroquina	Manifestaciones cutáneas, alopecia Artritis, enfermedad sistémica leve Terapia adyuvante en la mayoría de pacientes	5-6 mg/kg/día (máx 400 mg/día)	Requiere controles oftalmológicos anuales
Glucocorticoides	En la mayoría de pacientes	Variable	
Metotrexato	Manifestaciones musculoesqueléticas o cutáneas Agente ahorrador de esteroides	10-15 mg/m ² /sem VO o vía SC	Suplementar con ácido fólico
Azatioprina	Nefritis lúpica clase III o IV Manifestaciones neuropsiquiátricas Agente ahorrador de esteroides	3 mg/kg/día (máx 150 mg/día)	Considerar determinación de actividad o polimorfismos de tiopurina metiltransferasa
Micofenolato mofetilo (MMF) o Ácido micofenólico (AMF)	Nefritis lúpica clase III o IV Manifestaciones neuropsiquiátricas Agente ahorrador de esteroides (si fallo o intolerancia a metotrexato o azatioprina)	MMF: 1 g/m ² /día en 2 dosis VO AMF: 720 mg/m ² /día en 2 dosis VO	Ajustar dosis según tolerancia Monitorizar niveles
Ciclofosfamida	Manifestaciones neuropsiquiátricas Nefritis lúpica clase III o IV	500-1000 mg/m ² IV	Hidratación previa a administración
Ciclosporina	Nefritis lúpica clase V Síndrome de activación del macrófago	2-5 mg/kg/día en 2 dosis VO	Monitorizar niveles

AINEs: antiinflamatorios no esteroideos; VO: vía oral; SC: subcutánea; IV: intravenosa

Figura 1.
Exantema malar (lupus eritematoso sistémico)



Figura 2.
Pápulas de Gottron (dermatomiositis juvenil)



Figura 3.
Eritema heliotropo (dermatomiositis juvenil)



Figura 4.
Esclerodermia lineal



Preguntas

1. El Lupus Eritematoso Sistémico:

- a. Es una enfermedad autoinmune
- b. Suele dar manifestaciones clínica múltiples según los órganos afectados
- c. Los anticuerpos anti DNA muy elevados son sugerentes de la enfermedad
- d. Puede producir graves lesiones renales
- e. Todas son ciertas

2. Las Pápulas de Gottron:

- a. Se dan en todas las Conectivopatias
- b. Son típicas del Lupus Eritematoso
- c. Son características de la Dermatomiositis
- d. Se ven con frecuencia en el Síndrome de Sjögren
- e. Ninguna es cierta

3. La Esclerodermia Juvenil es:

- a. Es una enfermedad autoinmune
- b. Afecta al tejido colágeno
- c. No hay alteraciones analíticas características
- d. Ninguna es cierta.
- e. La a, b y c son ciertas

4. En la Enfermedad Mixta del tejido Conectivo cual sería un signo clínico característico:

- a. Es una enfermedad frecuente en la adolescencia
- b. Suele ser autolimitada
- c. La manifestación clínica mas frecuente es el Síndrome de Raynaud
- d. La sequedad ocular es un signo característico.
- e. Los análisis clínicos no ayudan al diagnóstico.

5. En las Conectivopatías, cual no es cierta:

- a. Son enfermedades raras
- b. Su causa no es conocida
- c. Están producidas por autoanticuerpos
- d. Ningún tratamiento ha logrado controlar las enfermedades
- e. Su diagnóstico precoz mejora el pronóstico y el control de las enfermedades

Respuestas en la página 96

Bibliografía

1. Tucker LB. The young person with systemic lupus erythematosus. En McDonagh JE, White PH ed. Adolescent rheumatology. Informa health care, New York 2008: p169-181.
2. Kumar TS, Aggarwal A. Approach to a patient with connective tissue disease. *Indian J Pediatr* 2010; 77:1157-1164.
3. Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1997;40(9):1725.
4. Weening JJ, D'Agati VD, Schwartz MM, et al. The classification of glomerulonephritis in systemic lupus erythematosus revisited. *J Am Soc Nephrol* 2004;15:241-50.
5. Levy DM, Kamphuis S. Systemic Lupus erythematosus in children and adolescents. *Pediatr Clin N Am* 2012; 59: 345-64.
6. Weiss JE. Pediatric systemic lupus erythematosus: more than a positive antinuclear antibody. *Pediatr Rev* 2012;33(2):62-73.
7. Silverman E, Eddy A. Systemic lupus erythematosus. En Cassidy JT, ed. Textbook of pediatric rheumatology. Saunders Elsevier, Philadelphia 2011:p315-343.
8. McCann LJ, Sen D. The disease spectrum of adolescent rheumatology. En McDonagh JE, White PH ed. Adolescent rheumatology. Informa health care, New York 2008: p107-147.
9. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis (first of two parts). *N Engl J Med* 1975; 292:344-7.
10. Huber AM. Idiopathic inflammatory myopathies in childhood: current concepts. *Pediatr Clin N Am* 2012; 59: 365-80.
11. Rider LG, Lindsley CB, Cassidy JT. Juvenile dermatomyositis. En Cassidy JT, ed. Textbook of pediatric rheumatology. Saunders Elsevier, Philadelphia 2011:p375-413.
12. Laxer RM, Zulian F. Localized sclerodermas. *Curr Opin Rheumatol* 2006;18(6):606-13.
13. Zulian F, Woo P, Athreya BH et al. The Pediatric Rheumatology European Society/American College of Rheumatology/European League against Rheumatism provisional classification criteria for juvenile systemic sclerosis. *Arthritis rheum* 2007;57(2):203-12.
14. Torok KS. Pediatric scleroderma: systemic or localized forms. *Pediatr Clin N Am* 2012; 59: 381-45.
15. Zulian F, Cassidy JT. The systemic sclerodermas and related disorders. En Cassidy JT, ed. Textbook of pediatric rheumatology. Saunders Elsevier, Philadelphia 2011:p414-437.
16. Pempueller PH, Linsley CB, Cassidy JT. Mixed connective tissue disease and undifferentiated connective tissue disease. En Cassidy JT, ed. Textbook of pediatric rheumatology. Saunders Elsevier, Philadelphia 2011:p448-457.

Transición de pacientes reumáticos desde pediatría a las unidades de adultos

Juan Carlos López Robledillo. Daniel Clemente Garulo

Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Fecha de recepción: 11 de noviembre 2014

Fecha de publicación: 15 de febrero 2015

Adolescere 2015; III (1): 44-56

Resumen

La patología reumática en la edad adolescente no es infrecuente, y representa una causa importante de consulta médica. Las enfermedades reumáticas debutan en la adolescencia en un porcentaje importante de casos, así vemos como la artritis idiopática juvenil (AIJ) lo hace en una tercera parte de los casos y el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en una quinta parte. Los adolescentes reumáticos, al igual que ocurre con otras enfermedades crónicas, necesitan una atención integral durante el periodo de adaptación a la vida adulta. Este "período de transición" exige una atención específica que debe llevarse a cabo con una filosofía "atención centrada en el adolescente" con los recursos disponibles a través de un programa específico dentro de una unidad de transición reumática.

Palabras clave: *Enfermedades reumáticas, adolescencia, unidades de transición.*

Abstract

Rheumatic diseases in the teenage years are not uncommon, and they are a major cause of medical consultation. Rheumatic diseases in adolescence debut in a significant percentage of cases, juvenile idiopathic arthritis (JIA) makes a third of the cases and Systemic Lupus Erythematosus (SLE) by a fifth. Adolescents rheumatic patients, such as children with other chronic diseases, need comprehensive care during the period of adaptation to adult life. This "transition period" demands specific attention and must be implemented in a "teen-centered care" philosophy with available resources through a specific program within a rheumatic transition unit.

Keywords: *Enfermedades reumáticas, adolescencia, unidades de transición.*

Introducción

Las enfermedades reumáticas (EERR) pueden afectar a niños de cualquier edad, pero cada tramo etario tiene sus particularidades que han de considerarse a la hora de plantear su abordaje. En este sentido, la adolescencia es un periodo vital de especial trascendencia para un joven con una enfermedad reumática.

Los límites de edad de la adolescencia se fijan arbitrariamente, pudiendo comprobar como la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera adolescencia entre los 10 y los 19 años y juventud al período comprendido entre los 19 y los 25 años de edad (1). El Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus define la adolescencia al período de edad comprendido entre los 13 y los 18 años. En realidad, la adolescencia se trata de una "fase" más que de un período fijo en la vida de un individuo, una fase en la que ya no se es un niño pero todavía no se es un adulto, en este periodo se producen intensos cambios físicos y psicosociales que generalmente se inician y terminan dentro de la segunda década de la vida.

A la hora de planificar la asistencia reumatológica es importante conocer el límite de edad establecido para la asistencia pediátrica en un centro, institución o servicio de salud determinados. En los sistemas sanitarios de nuestro país la asistencia sanitaria pediátrica tanto en atención especializada como en atención primaria concluye por norma a los 14 años de edad (2), sin embargo este límite tiende a extenderse hasta los 18, como recomiendan las diversas sociedades científicas pediátricas. Recientemente en abril del 2013, el gobierno tomó la decisión de ampliar hasta los 18 años la edad en que los niños pueden ser atendidos en las unidades pediátricas de los hospitales como Plan de la Infancia-Adolescencia 2013-2016, aprobado por el Consejo de Ministros a propuesta del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Una característica general de la población adolescente, es la vulnerabilidad y el cuestionamiento de la autoridad de las figuras de referencia. En esta etapa, al tiempo que se exige mayor independencia, la adquisición de responsabilidad sobre su salud es gradual, de forma que en gran medida el acceso a la información y a los servicios sanitarios está limitado. Por añadidura, en esta fase pueden surgir conductas de riesgo (dietéticas, hábitos tóxicos, sexuales, accidentes, etc.) que han de considerarse para prevenirse o tratarse adecuadamente. Por ello la OMS establece como una de las grandes prioridades en el manejo de estos pacientes, que los Servicios que se encargan de su seguimiento, aumenten el papel en la información, apoyo psicosocial, promoción y prevención de la salud (1).

Transición vs transferencia

Entendemos por transición el proceso de preparación, adaptación e integración paulatina de niños y adolescentes con una patología crónica en una unidad asistencial de adultos. El proceso de transición comienza en la adolescencia precoz, pero no termina hasta que el adulto joven está totalmente integrado en una unidad de adultos (5). Sin embargo transferencia hace alusión al momento del traslado del paciente con información clínica y administrativa de una unidad pediátrica a otra de adultos (no implica desarrollo, no es un proceso si no un momento).

A la hora de coordinar el paso desde las unidades pediátricas a las de adultos se debe tener en cuenta que las dificultades inherentes al paso hacia la edad adulta se magnifican en los enfermos crónicos (6). Se trata de un "doble tránsito" que hay que considerar de forma adecuada y diferenciada para conseguir que un adolescente con una enfermedad crónica tenga la mejor asistencia médica y psicosocial posibles para integrarse plenamente con la mayor independencia en la vida adulta (7-10).

La adolescencia es un periodo vital de especial trascendencia para un joven con una enfermedad reumática

La OMS establece como una de las grandes prioridades en el manejo de estos pacientes, que los Servicios que se encargan de su seguimiento, aumenten el papel en la información, apoyo psicosocial, promoción y prevención de la salud

Entendemos por transición el proceso de preparación, adaptación e integración paulatina de niños y adolescentes con una patología crónica en una unidad asistencial de adultos

La atención al proceso de transición debe realizarse atendiendo a los mejores recursos disponibles. Lo ideal sería disponer de una unidad específica de atención al adolescente reumático ("unidades de transición"), pero cuando esto no sea posible, la práctica asistencial debiera realizarse acorde a los principios que inspiran su desarrollo, se trata ante todo de realizar actividades "centradas en el adolescente", a la vez que se le prepara y adapta para su integración en una "medicina centrada en el adulto".

Enfermedades reumáticas en la adolescencia:

Las enfermedades reumáticas debutan en la adolescencia en un porcentaje importante de casos, así vemos como la artritis idiopática juvenil (AIJ) lo hace en una tercera parte de los casos y el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en una quinta parte

La patología reumática en la edad adolescente no es infrecuente, y representa una causa importante de consulta médica.

Las enfermedades reumáticas debutan en la adolescencia en un porcentaje importante de casos, así vemos como la artritis idiopática juvenil (AIJ) lo hace en una tercera parte de los casos y el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en una quinta parte (11,12).

Por otro lado, se ha señalado que el LES de los adolescentes es más agresivo, con mayor afectación renal y mayor necesidad de medicamentos potencialmente tóxicos como esteroides a dosis altas e inmunosupresores (12). En este escenario, la vivencia de la enfermedad por parte del paciente adolescente se puede hacer todavía más compleja y delicada.

Las enfermedades inflamatorias crónicas afectan con frecuencia al crecimiento y desarrollo físico, tanto por la propia enfermedad como por sus tratamientos, o lo que es más frecuente, ambas cosas a la vez. Por añadidura y como consecuencia de la vivencia amenazante de la enfermedad crónica, también es habitual que el desarrollo psicosexual, social y vocacional pueda verse comprometido (13,14).

Debido al potencial impacto físico, emocional y psicológico de las EERR en los adolescentes debemos abordarlas de una forma integral y diferenciada

Debido al potencial impacto físico, emocional y psicológico de las EERR en los adolescentes debemos abordarlas de una forma integral y diferenciada durante este periodo vital con el objetivo de minimizarlo (15).

El manejo de las EERR durante la transición puede verse dificultado, entre otras cosas, por determinados comportamientos que no son infrecuentes, como falta de puntualidad, absentismo en las revisiones, desinterés, incluso actitud desafiante en algunos casos, etc circunstancias que menoscaban la empatía médico-enfermo deseable.

De especial consideración es el frecuente incumplimiento parcial o total de las recomendaciones y pautas de tratamiento (adherencia) que se debe tener muy en cuenta para intentar evitar. En ocasiones esta situación es debida a la diferencia de prioridades entre el adolescente y, la familia o los profesionales que le cuidan o atienden. Ejemplo de todo esto es la negativa a tomar esteroides (o abandono) debido a que los efectos secundarios pueden deteriorar su aspecto físico, que indudablemente es muy importante y más en esta edad. Como consecuencia de no tomar la medicación puede producirse un daño irreparable, incluso la muerte, pero para el adolescente estos conceptos, a menudo, son abstractos. En el mismo sentido, puede resultar difícil convencerle de la necesidad de un tratamiento cuando la enfermedad está inactiva o en remisión. Todas estas situaciones explicarían, en parte, la pérdida habitual de adherencia a las recomendaciones y tratamientos que se les pauta, con lo que la enfermedad no se controla y por tanto progresa, produciéndose un círculo vicioso que es necesario interrumpir.

Unidades de transición: programa y caracterización

Con el objetivo de proporcionar una asistencia integral a pacientes reumáticos adolescentes durante el periodo de adaptación a la vida adulta y a las unidades asistenciales de adultos, se han implantado unidades específicas de atención a la transición en niños con enfermedades crónicas (fibrosis quística, cáncer, diabetes mellitus, artritis etc), todas tienen en común lo que podríamos denominar "asistencia centrada en el adolescente" (16-18).

Estas unidades han de planificarse convenientemente y estructurar sus recursos como veremos a continuación.

Todas las unidades de transición tienen en común lo que podríamos denominar "asistencia centrada en el adolescente"

El programa de la unidad de transición

La asistencia a los adolescentes con EERR debe ser individualizada en lo posible y por tanto cada paciente debería tener su propio programa, pero con una visión más general, el programa ha de referirse a una unidad asistencial concreta.

Un programa recoge los elementos estructurales y normativos de un proyecto que son fruto de una política orientada al proceso de creación o mejora continua de una unidad asistencial. Por tanto debe considerarse como un elemento necesario cuando se planifica el servicio.

Modelo de transición para unidades de Reumatología Pediátrica

Existen múltiples experiencias estructuradas de atención a la transición en pacientes con enfermedades reumáticas (19) que pueden adaptarse a nuestro contexto particular y sociosanitario.

Sin embargo, a pesar de las múltiples recomendaciones y de que los especialistas están de acuerdo en la necesidad de estos programas, estudios realizados en Norteamérica e Inglaterra muestran una escasa prevalencia de los mismos (19).

A continuación se expone un modelo de transición que podría adaptarse a situaciones y contextos concretos con modificaciones pertinentes.

El modelo que se propugna en nuestro actual contexto sociosanitario es el que tiene en cuenta tres áreas de actuación diferenciadas: pediátrica, de transición y de adultos. La unidad de transición tiene unos objetivos o metas generales que han de definirse y hacerse visibles (explícitos) en la "misión de la unidad". Deben identificarse y caracterizarse los recursos físicos, humanos y organizativos.

El modelo que se propugna en nuestro actual contexto sociosanitario es el que tiene en cuenta tres áreas de actuación diferenciadas: pediátrica, de transición y de adultos

Misión

Proveer una transición ordenada de calidad a pacientes pediátricos con enfermedades reumáticas a las unidades de adultos que tenga en cuenta tanto los aspectos asistenciales como los psicosociales (soporte educacional y psicológico).

Recursos humanos

Los recursos humanos estarán orientados a la asistencia reumatológica facilitando un soporte educativo y psicológico adaptado a las necesidades de estos pacientes.

- Personal médico: al menos un médico de la unidad pediátrica y otro de la unidad de adultos asumirán la asistencia conjuntamente.
- Personal de enfermería: dependiendo de las posibilidades se incorporará la consulta de enfermería y el personal auxiliar habitual.
- Colaboradores:
 - a. Médicos: Oftalmólogos, Rehabilitadores, Psiquiatras etc
 - b. Trabajador social, Asistente social
 - c. Fisioterapeuta
 - d. Psicólogo
 - e. Otros

Recursos físicos

- Instalaciones y entorno: las propias de la unidad de Reumatología Pediátrica pero acondicionadas de una forma diferenciada. Dependiendo de las posibilidades, se considerará un espacio con equipamiento y decoración diferentes al pediátrico habitual. Puede plantearse también un horario distinto al habitual.

Recursos organizativos:

- *Responsable / coordinador*: ha de ser un miembro del equipo de la unidad de reumatología pediátrica que debe revisar, actualizar y evaluar el buen funcionamiento de la unidad.
- *Agenda*: la agenda debe ser específica con horarios diferenciados en lo posible.
- *Protocolos adaptados*: la práctica asistencial debe estar consensuada y coordinada entre los miembros de la unidad con protocolos adaptados a la transición que normalicen todo el proceso asistencial, para ello además han de tenerse en cuenta las recomendaciones de expertos disponibles. Debe considerarse aquí la información y el formato que se ha de proporcionar a pacientes y familiares.
- *Límites*: los criterios de entrada y salida deben establecerse claramente de una forma general, pero las peculiaridades individuales de cada enfermo y su familia han de tenerse en cuenta. La edad recomendada para la transferencia del paciente es entre 16 y 18 años, el proceso de transición debería comenzarse a los 11 años, ya que a esta edad ya se pueden ver beneficios y el paciente es más receptivo, cualidad que va perdiendo a medida que entra en la adolescencia.
- *Evaluación de la unidad*: debe contemplarse la actividad, rendimiento y calidad percibida de la unidad mediante los indicadores oportunos. La relación coste efectividad también debiera plantearse.

Existen muchas experiencias de transición en niños con enfermedades crónicas (fibrosis quística, cáncer, diabetes mellitus, artritis etc), todas tienen en común lo que podríamos denominar "asistencia centrada en el adolescente".

Existen muchas experiencias de transición en niños con enfermedades crónicas (fibrosis quística, cáncer, diabetes mellitus, artritis etc), todas tienen en común lo que podríamos denominar "asistencia centrada en el adolescente"

Recomendaciones para el manejo del paciente reumático adolescente

La atención durante el proceso de la transición debe tener en cuenta las peculiaridades del paciente adolescente y la heterogeneidad de la patología reumática, por lo tanto se requieren aptitudes, habilidades y conocimientos suficientes.

Algunas recomendaciones pueden ser de gran utilidad a la hora de enfrentarse al cuidado del paciente adolescente ya sea dentro o fuera de una unidad específica (20-22):

- *Adecuar espacios de atención:* es importante habilitar espacios de consulta y de espera diferenciados en los que se eviten elementos infantiles, se trate adecuadamente el pudor e intimidad (puertas con cerrojos, biombos o cortinas, sábanas para cubrirse etc) se garantice la confidencialidad de la entrevista y pueda relacionarse mientras espera con personas de su edad con circunstancias similares.
- *Promover la autonomía e integración social:* los adolescentes necesitan autonomía, cierta independencia de la familia y de los profesionales que le atienden y asumir la responsabilidad de su enfermedad. La dependencia de los padres se debe evitar empezando por recomendar que empiecen a acudir solos a las visitas médicas, de esta manera se fomenta el desarrollo de las habilidades necesarias para ser parte activa en el cuidado de su salud, antes responsabilidad de padres y cuidadores. También se mejora la capacidad de comunicación, toma de decisiones y negociación. El proceso debe ser gradual siguiendo tres fases consecutivas: supervisión, autonomía e independencia. Por lo general los profesionales consideran que el adolescente está preparado para ser visto de forma independiente a una edad más temprana de la que consideran los padres, por lo que llegar a un acuerdo sobre este aspecto es recomendable.
- *Fomentar la empatía y el respeto mutuo:* la clave del buen funcionamiento de una unidad de transición se basa por lo general en la competencia profesional, cualidades y personalidad de sus profesionales. Se han de evitar prejuicios a la hora de valorar al adolescente por parte de los profesionales no habituados o preparados para ello. También es muy importante evitar todo tipo de conductas que puedan interpretarse como paternalismo y que repercuten desfavorablemente en la relación médico-adolescente.
- *Asegurar y garantizar la confidencialidad:* para los pacientes adolescentes es difícil confiar en su médico si sospechan que la información que aportan se transmitirá a sus padres. Por lo tanto hay que hacer especial hincapié en la protección de datos y la confidencialidad de todos los aspectos relacionados con la atención que recibe, haciéndoselo saber en varias ocasiones y por su puesto garantizándolo.
- *Potenciar la continuidad asistencial:* el proceso asistencial debe evitar cualquier tipo de fragmentación, por lo que los diferentes niveles o áreas asistenciales deben estar coordinados. Además, la duración, frecuencia y horarios de las consultas deben adecuarse en la medida de lo posible a las necesidades de los adolescentes reumáticos (inicialmente es recomendable dedicar más tiempo del habitual a las consultas y también citar para revisiones con mayor frecuencia). Es importante tener en cuenta que las consultas rápidas pueden crear ansiedad en el adolescente.
- *Abordar temas importantes de salud,* como pueden ser el abuso de sustancias, la sexualidad y la estabilidad emocional y mental. Los pacientes jóvenes son muchas veces reticentes a comenzar este tipo de conversaciones por lo que el profesional implicado debe tomar la iniciativa a la hora de asesorar sobre estos aspectos.

La atención durante el proceso de la transición debe tener en cuenta las peculiaridades del paciente adolescente y la heterogeneidad de la patología reumática, por lo tanto se requieren aptitudes, habilidades y conocimientos suficientes

- Elegir el momento más adecuado para el cambio a la unidad de adultos: el momento del cambio (transferencia) ha de ser flexible y dependerá del enfermo y su familia: maduración, gravedad, preferencias etc. Se ha de evitar realizarlo durante periodos de actividad de la enfermedad. Es recomendable establecer una fecha concreta y comunicar con antelación que a partir de una determinada edad, por ejemplo 18, la transferencia será obligatoria para todos, (es un paso inevitable que una vez conocido reduce ansiedad frente al futuro).
- *Información y comunicación adecuadas:* El paciente y su familia deben estar informados suficientemente sobre todos los aspectos relacionados con la enfermedad: diagnóstico, manejo y evolución y seguimiento. Sobre el tratamiento farmacológico, debe hacerse especial hincapié en su duración, beneficios esperados y posibles efectos adversos. Las EERR y sus tratamientos pueden influir de forma considerable en la sexualidad y el embarazo y esto ha de tenerse muy en cuenta para que la atención al adolescente reumático sea integral. Por otro lado no debe faltar información sobre los profesionales que le van a atender (ya sean médicos, enfermeras, auxiliares), los horarios posibles, la forma de acceder al médico o enfermera fuera de los horarios habituales, la disponibilidad de contacto por correo electrónico o teléfono etc.

En los últimos años, diversos grupos de profesionales y agencias internacionales han intentado crear consensos y guías de recomendaciones para mejorar la información que se ofrece a pacientes y familiares. La información y comunicación adecuadas favorecen la accesibilidad y generan un clima de confianza que sin duda redundará en el paciente adolescente.

Tablas y Figuras

Tabla 1.
Características principales de la adolescencia. (3-4)

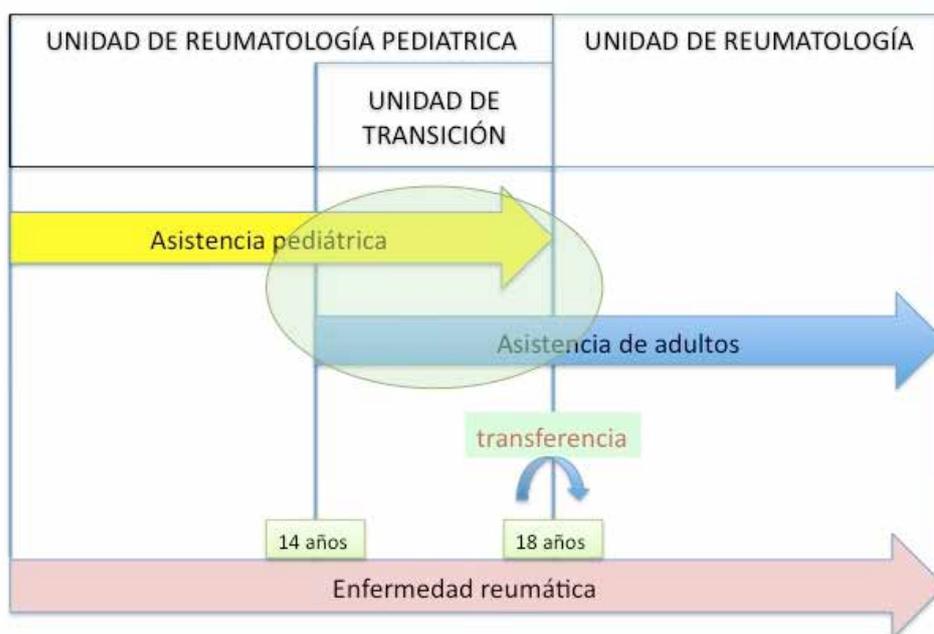
<ul style="list-style-type: none">• Periodo de transición variable en el tiempo (depende del individuo y su contexto)
<ul style="list-style-type: none">• Cambios físicos importantes.
<ul style="list-style-type: none">• En lo intelectual se desarrolla el pensamiento abstracto y la posibilidad de trabajar con operaciones lógico-formales, lo que permite la resolución de problemas complejos
<ul style="list-style-type: none">• Inestabilidad emocional: vulnerabilidad
<ul style="list-style-type: none">• Se produce una fuerte integración social en el grupo de iguales y comienza el proceso de emancipación familiar.
<ul style="list-style-type: none">• Necesidad de independencia y autoafirmación. Surge el cuestionamiento de la autoridad de las figuras de referencia hasta la infancia.
<ul style="list-style-type: none">• Posibilidad desarrollo conductas de riesgo:<ul style="list-style-type: none">o Trastornos alimentarios: obesidad, anorexia, bulimiao Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogaso Sexualidad: enfermedades de transmisión sexual, embarazoo Accidentes: disputas, agresiones, accidentes de tráficoo Transgresión de normas y leyeso Fracaso escolaro Disminución o abandono de la adherencia a programas de salud

Tabla 2. Programa de transición: planificación actividades

<p>1. Adquisición y /o afianzamiento de <i>habilidades y conocimientos</i> sobre la adolescencia y las enfermedades reumáticas.</p> <p>2. Identificación de <i>necesidades y expectativas</i> de pacientes y familiares.</p> <p>3. Identificación de los <i>recursos y alianzas</i> disponibles a nuestro alcance.</p> <p>4. Establecimiento de <i>objetivos y metas</i> realistas.</p> <p>5. Realización de un <i>plan de acción</i> con las estrategias necesarias para alcanzar los objetivos planteados.</p> <p>6. Analizar las <i>resistencias o dificultades potenciales</i> para llevar a cabo el plan de acción para intentar contrarrestarlas.</p>
<p>a. Del paciente y su familia</p> <p>b. Del reumatólogo pediátrico</p> <p>c. Del reumatólogo de adultos</p>
<p>7. <i>Consenso y coordinación</i> las diferentes estrategias con todos los grupos de interés.</p> <p>8. <i>Implantación</i> de la unidad de transición con el o los equipos directivos.</p> <p>9. <i>Evaluación de lo realizado y monitorización</i> periódica para identificar puntos fuertes a reforzar y áreas de mejora.</p>
<p>a. Remisión de la enfermedad</p> <p>b. Calidad de vida</p> <p>c. Satisfacción de pacientes, familiares, profesionales</p> <p>d. Coste / efectividad</p>

Fuente: Juan Carlos López Robledillo

Figura 1.
 El proceso de la transición (óvalo verde).
 La atención integral a un paciente reumático durante la transición a la vida adulta puede estructurarse en unidades de transición



Fuente: Juan Carlos López Robledillo

Figura 2.
Etapas asistenciales de un paciente reumático



Fuente: Juan Carlos López Robledillo

Figura 3.
Modelo organizativo de los principales recursos humanos de una unidad de transición



Preguntas

1. Respecto a la adolescencia ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?

- a. Durante la adolescencia existe una mayor vulnerabilidad del joven
- b. Durante esta época se cuestiona la autoridad de las figuras de referencia
- c. La adolescencia es un periodo fijo durante la vida del individuo
- d. El adolescente exige mayor independencia y la adquisición de la responsabilidad es gradual
- e. Son muy frecuentes las conductas de riesgo

2. Sobre la transición ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?

- a. Es un periodo de preparación, adaptación e integración del niño y adolescente
- b. Es el momento de traslado del paciente de una unidad pediátrica a otra de adultos
- c. Todas las actividades deben centrarse en el paciente
- d. Comienza en la adolescencia precoz, pero no termina hasta que el adulto joven está totalmente integrado en una unidad de adultos
- e. Se trata de que un adolescente con una enfermedad crónica tenga la mejor asistencia médica y psicosocial posibles para integrarse con la mayor independencia en la vida adulta

3. En la falta de adherencia al tratamiento influyen:

- a. Las diferentes prioridades del paciente y la familia
- b. Las diferentes prioridades del profesional
- c. La actitud desafiante del adolescente
- d. Los comportamientos propios de la adolescencia
- e. Todos son ciertos

4. En relación a las unidades de transición ¿cuál es cierta?

- a. Todas tienen en común lo que podríamos denominar "asistencia centrada en el adolescente"
- b. La asistencia a los adolescentes con EERR no debe ser individualizada sino general
- c. *Es preciso tener* habilidades y conocimientos sobre la adolescencia y las enfermedades reumáticas
- d. Todas son ciertas
- e. Son ciertas a y c

5. Respecto el modelo que se propugna en nuestro actual contexto sociosanitario ¿cuál de las siguientes es cierta?:

- a. Debe tener en cuenta tres áreas de actuación diferenciadas: pediátrica, de transición y de adultos
- b. objetivos o metas generales que han de definirse y hacerse visibles (explícitos) en la "misión de la unidad"
- c. Deben identificarse y caracterizarse los recursos físicos, humanos y organizativos
- d. Se tendrán en cuenta la autonomía, la empatía y la confidencialidad entre otras
- e. Todas son ciertas

Respuestas en la página 96

Bibliografía

1. Southall DP, Burr S, Smith RD, Bull DN, Radford A, Williams A, Nicholson S. *The Child-Friendly Healthcare Initiative (CFHI): Health care provision in accordance with the UN Convention on the Rights of the Child*. Child Advocacy International. Department of Child and Adolescent Health and Development of the World Health Organization (WHO). Royal College of Nursing (UK). Royal College of Paediatrics and Child Health (UK). United Nations Children's Fund (UNICEF). *Pediatrics* 2000; 106:1054-64.
2. Resolución de 23 de julio de 1998 del Ministerio de Sanidad y Consumo. Creación del pediatra de Atención Primaria. (BOE no 187 de 6 de agosto de 1998).
3. Moreno MC, Muñoz MV, Pérez PJ, Sánchez I. *Los adolescentes españoles y su salud. Resumen del estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2002)*. Departamento de psicología evolutiva y de la educación Universidad de Sevilla. Ministerio de Sanidad y Consumo (ed). 2004. Acceso 6 mayo 2012: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/adolesResumen.pdf>
4. Health care needs of the adolescent. American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1989; 110: 930-5.
5. Scal P, Ireland M. Addressing transition to adult health care for adolescents with special health care needs. *Pediatrics* 2005;115:1607-12.
6. Rosen D. Transition from pediatric to adult-oriented health care for the adolescent with chronic illness or disability. *Adolescent Medicine State of the Art Reviews* 1994; 5: 241-248.
7. Health care needs of the adolescent. American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1989; 110: 930-5.
8. Mennito SH, Clark JK: Transition Medicine: A review of current theory and practice. *South Med J* 2010; 103: 339-342.
9. Sadof MD, Nazarian BL: Caring for children who have special health-care needs: A practical guide for the primary care practitioner. *Pediatr Rev* 2007; 28:36-42.
10. Reiss JG, Gibson RW, Walker LR. Health care transition: youth, family, and provider perspectives. *Pediatrics*. 2005; 115:112-20.
11. Shaw KL, Southwood TR, McDonagh JE. Growing up and moving on in rheumatology: a multicentre cohort of adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2005; 44:806-12.
12. Kone-Paut I, Piram M, Guillaume S, Tran TA. Lupus in adolescence. *Lupus*. 2007; 16:606-12.
13. Packham JC, Hall MA. Long-term follow-up of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: social function, relationships and sexual activity. *Rheumatology (Oxford)*. 2002; 41:1440-3.
14. Packham JC, Hall MA, Pimm TJ. Long-term follow-up of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: predictive factors for mood and pain. *Rheumatology (Oxford)*. 2002; 41:1444-9.
15. Adam V, St-Pierre Y, Fautrel B, Clarke AE, Duffy CM, Penrod JR. What is the impact of adolescent arthritis and rheumatism? Evidence from a national sample of Canadians. *J Rheumatol*. 2005; 32:354-61.
16. Tuchman LK, Schwartz LA, Sawicki GS, Britto MT: Cystic fibrosis and transition to adult medical care. *Pediatrics* 2010; 125:566-73.
17. McDonagh JE. Growing up and moving on: transition from pediatric to adult care. *Pediatr Transplant* 2005; 9:364-72.
18. Telfair J, Myers J, Drezner S. Transfer as a component of the transition of adolescents with sickle cell disease to adult care: adolescent, adult, and parent perspectives. *J Adolesc Health* 1994; 15:558-65.
19. Castrejón I. Unidades de transición para pacientes con patología reumática: revisión de la literatura. *Reumatol Clin* 2012; 8:20-26.
20. Scal P, Horvath K, Garwick A. Preparing for adulthood: health care transition counseling for youth with arthritis. *Arthritis Rheum* 2009; 61: 52-7.
21. Athreya BH, Lindsley CB. Managing children with rheumatic diseases. En Cassidy JT, Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB, eds. *Textbook of pediatric rheumatology*. 6th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2010: 168-176.
22. Tucker LB, Cabral DA. Transition of the adolescent patient with rheumatic disease: issues to consider. *Rheum Dis Clin N Am* 2007; 52:641-652.

¿Cómo influye la moda en el comportamiento de los adolescentes?

José Luis Iglesias Diz

Pediatra. Acreditado en Medicina de la Adolescencia. Ex Facultativo Especialista de Área Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Ex Profesor Asociado de Pediatría. Universidad de Santiago de Compostela.

Fecha de recepción: 25 de noviembre 2014

Fecha de publicación: 15 de febrero 2015

Adolescere 2015; III (1): 57-66

Resumen

La moda es una de las manifestaciones características de la sociedad de consumo. Los cambios de modelos en el vestir y en los complementos fuerzan a los ciudadanos que quieren seguir las tendencias del momento a consumir los nuevos productos. Los adolescentes no son ajenos a ella y existen una gran abundancia de tiendas que exhiben modelos asequibles y variados que ellos ansían y compran. Para los adolescentes el tipo de ropa o el disponer de una determinada tecnología puede significar el pertenecer e interactuar o no con un grupo social. El no poder disfrutar de los medios de sus pares es causa de frustración sobre todo en las primeras fases de la adolescencia en donde se sienten más inseguros e influenciados. Aparte de la moda en el vestir algunas actividades derivadas del uso de los medios de comunicación social móvil, internet etc generan modas que en algún caso pueden suponer riesgos para los adolescentes como el "bullying" o "grooming".

Palabras clave: moda, adolescencia, consumo, información.

Abstract

Fashion is one of the characteristic manifestations of consumer society. Usual changes in wearing models and complements, forces people who wants to follow trends of the moment to consume new products. Adolescents are not foreign to fashion, and there are lots of shops which show a variety of thrifty models they want and can buy. Kind of clothes or to own certain technology, could mean for them to belong to, or to interact with, a social group or not. The fact to not being able to have the means (resources) of their age group, causes frustration, overcoat in initial adolescence stages, when they feel more insecure and vulnerable at influence. Besides wear fashion, other activities, as those in relation to social media, movil phones, internet... produce trends which in some cases, can suppose risk for adolescents, as can be "bullying" and "grooming".

Keywords: fashion, adolescence, consumption, information.

Introducción

La moda es definida por la RAE como el uso, modo o costumbre que está en boga durante algún tiempo o en determinado país con la especialidad en trajes, telas y adornos principalmente los recién introducidos. Estar de moda es cuando algo se usa o estila. **(1)**

Las definiciones son algo neutras pero las modas no solo aparecen en el terreno del vestir sino también en otro tipo de actividades como puede ser el juego, el uso de la tecnología y determinadas actividad lúdica o no lúdicas por lo tanto hablaremos también de este tipo de actividades que pueden repercutir en la conducta adolescente.

La moda ejerce un efecto homogeneizador en los adolescentes, ir a la moda es un modo de estar integrado en un grupo de iguales. Pero es también una típica manifestación de una sociedad consumista

Aunque la RAE habla de uso, modo o "costumbre", la costumbre es justamente aquello que aparece como más estable en el tiempo: Hábito, modo habitual de obrar o proceder establecido por tradición o por repetición de los mismos actos y que puede llegar a adquirir fuerza de precepto. **(1)**

El mundo de La Moda funciona por otra parte como un potente lobby que mediante el cambio en los diseños de ropa y accesorios sobre todo, obliga al ciudadano a renovar continuamente el vestuario; es pues una típica manifestación de la sociedad de consumo. Es fácil comprender que, a la vez, es un factor de distinción social: estás a la moda o "demodé". Los que venden moda lo saben bien y los logos de sus marcas aparecen ostentosos en sus ropas o accesorios, bolsos, zapatos, cinturones, gafas... Si llevas un bolso de Loewe se te atribuye un poder económico elevado en comparación con el bolso comprado en el "rastrillo". Los adolescentes son un grupo etario susceptible de ser influido por los vaivenes de la moda y valoran la calidad que se le supone a determinadas marcas ya sea de ropa o de móviles y eso termina generando una demanda y también conflictos con los padres que muchas veces no pueden o no quieren atender sus demandas. Pero no solo son las multinacionales las que crean moda, muchas veces esta nace de la creatividad de los propios adolescentes y la industria observadora de los gustos populares se apropia de los inventos: los pantalones bajos y flojos de los raperos nacen porque así se pueden ocultar mejor las armas, los vaqueros procedían de los trabajadores del campo y obreros que necesitaban tejidos fuertes para su actividad. Las camisetas se usan después de que iconos cinematográficos lo hicieran en la pantalla etc. Son jóvenes los que ponen de moda estilos de baile (Break Dance), patinaje (skaters), canción (Hip-hop: Rap) pero son también jóvenes los que inventaron y desarrollaron aplicaciones revolucionarias en el terreno de la comunicación creando Microsoft, Facebook, Google etc cuando eran todavía unos veinteañeros y uno puede recorrer Internet y encontrar recursos, aplicaciones y tutoriales para cualquier actividad desde tocar la armónica hasta construir un barco, subidos a la Red por una pléyade de jóvenes preparados y altruistas.

La conclusión es que la moda influye en el comportamiento: hay que estar "al loro"; la pertenencia al grupo exige estar a tono con la norma general. Estar a la moda es estar dentro de la mayoría del grupo y eso genera tranquilidad y sentimiento de aceptación. El adolescente es muy estricto en esto y no suele ser extravagante, lucha por desarrollar su identidad y su aspecto corporal le importa mucho tanto desde la forma, como del modo de vestir o hablar pero es cauteloso con las rarezas, hay que ser muy líder para adoptar una posición "original", que sea crítica con el modo de actuar o vestir de la mayoría; recordad si no, la vergüenza que siente un adolescente cuando sus padres visten a su modo de ver "raro" o tienen un comportamiento "diferente" a la mayoría; les miras y sabes que están pensando ¡Tierra trágame! Hacer el ridículo es lo peor que le puede pasar, así que nada de ponerse un sombrero que nadie se pone (pero que le apetecería llevar) para salir con los "colegas" porque sabe que las burlas serán un coro.

Por otra parte la forma de vestir puede definir una característica de grupo al que el adolescente quiere pertenecer, vistiéndose con ropa y adornos o peinados característicos de un determinado grupo ya sea con referencia a un estilo musical (Rockeros, Punkis, Mods, Tecno, Heavy, Rastas, Raperos etc) o bandas de distinta adscripción política o simplemente asociaciones para defensa territorial al margen de la ley (Maras, Neonazis etc).

La moda también es diferenciadora del adolescente al vestirse con ropa que caracteriza el gusto relacionado con una determinada música o con otro tipo de actividad característica de grupo

Medios y sexualidad

Los escolares y adolescentes entre los 8 y 18 años se pasan más de 7 horas y media al día usando teléfono, ordenadores, televisión y otros artefactos electrónicos cuando hace 5 años el nº de horas era menor de seis horas y media. Si se añade el tiempo adicional que invierten en mandar textos, hablar por móvil, ponerse al día en Facebook etc. la media puede llegar a más de 10 horas. **(2)**.

Los medios de comunicación y las redes sociales son instrumentos claves en la creación de "modas" en los adolescentes; el ejemplo de Facebook es paradigmático, los propios jóvenes muestran sus gustos, apetencias e ilusiones y los expertos en Marketing recogen esa información ¡gratis! para dirigir la producción de artículos cuyo destino son esos adolescentes. Se logra así la personalización del producto de modo que el futuro comprador no podrá resistirse a su oferta. Mientras, los gobiernos recortan en Educación y becas para conseguir la mayor cantidad de masa crítica que es más susceptible de ser manipulada.

Como los medios influyen en la moda se hace evidente en algunos aspectos del comportamiento sexual de los adolescentes. El primer instructor de niños y adolescentes en materia sexual es Internet en donde "casi todo" es pornografía **(3)**. La familia y los amigos son, o eran la más importante fuente de información/formación pero no de manera tan explícita como las imágenes del porno. La consecuencia es que primero se adoptan sus modas como depilación del pubis (parece que se desarrolla en ellos/as una verdadera "vellofobia") pero esto es anecdótico, lo peor es que los contenidos transmiten una idea de las relaciones sexuales carentes de toda afectividad y reciprocidad y por otra parte muestran el sexo exclusivamente como una relación coital, el comportamiento del hombre aparece como el que manda, dominador y machista y la mujer aparece dominada, "cosificada". Todo ello se trasmite a la vida sexual del adolescente como la verdad que hay que aprender y es posible que ello se interiorice y se refleje en su comportamiento en la relación de pareja. El maltrato en las parejas adolescentes se incrementa, los procesos judiciales por violencia machista en adolescentes ha aumentado de 2011 a 2012 un 30%; se ha pasado de 473 a 632 casos según la Memoria de la Fiscalía General del Estado de 2013. **(4)** La pornografía es violenta, algunas veces explícitamente, pero implícita porque lo que significa: la degradación de una relación sensible del ser humano que debe ser relacionada con lo mejor de nuestra naturaleza y no con un acto vulgar y sórdido.

No existen medios eficaces para evitar la visión por niños de imágenes pornográficas y deben ser los padres y profesores los que eduquen a sus hijos y alumnos en la sexualidad. La educación sexual sigue siendo una asignatura pendiente en el curriculum escolar. El conocimiento destierra el temor que genera la ignorancia y facilita tener unas relaciones sexuales saludables y placenteras sin que ello haga que los adolescentes "pierdan el control" incrementando sus relaciones, como algunos catastrofistas afirman y temen.

La pornografía de fácil acceso a los adolescentes configura una sexualidad anómala, machista, de cosificación de la mujer, violenta y exclusivamente coital que puede influir negativamente en las relaciones de pareja. La educación sexual es una asignatura pendiente en el sistema educativo

Sociedad de la comunicación

"La mucha luz como la poca luz no nos dejan ver"
M. Benedetti

Nunca antes en la historia del hombre hubo tal cantidad de información accesible a la casi totalidad de la población, y no solo en los países desarrollados sino también en los en vías de desarrollo creando un a información global. Internet cambió totalmente el acceso a la información limitada anteriormente a los medios tradicionales, prensa, radio y televisión, una información considerada "profesional" con sus agencias de noticias, sus periodistas y sus redactores. Sin negar la manipulación a que la información puede ser sometida se esperaba de estos medios veracidad y se aceptaba con un bajo nivel de cuestionamiento (lo que sale en la prensa o la

Los medios de comunicación entre ellos las redes sociales ocupan cada día más tiempo en la vida del adolescente, el mal uso pueden generar graves consecuencias como dependencia y formas de acoso tales como el sexting o grooming. De nuevo debemos estar atentos y prevenir el mal uso de las nuevas tecnologías

“tele” es importante, ahí participa gente cualificada, que sabe de lo que habla). Con Internet la noción de profesionalidad cambia: cualquier persona puede escribir, emitir opiniones, subir artículos, imágenes etc. Ese cualquiera es para la mayoría un desconocido, no podemos valorar su credibilidad, pero ¿todo el mundo piensa así?, ¿consideramos que la mayoría de las noticias o artículos que salen en Internet son verdaderas, son críticas y éticas? O por el contrario ¿admitimos que son poco dignas de consideración? No puedo contestar a esta pregunta pero es cierto que hay mucha gente que busca información en Internet, la encuentra y no hace una selección o crítica de esa información. Los adolescentes pueden acceder a muchas páginas que le interesan pero cuando son muy jóvenes su capacidad discriminatoria es reducida y tiene el riesgo de aprender o recibir contenidos equívocos o directamente falsos. Está demostrado que más información no conduce de manera necesaria a mejores decisiones. Hoy se atrofia la facultad superior de juzgar a causa de la creciente y pululante masa de información. **(5)**

Y esto es válido para muchos adultos. Todo lo dicho no debe ser interpretado como un ataque a Internet (y otros medios) que son valiosísimos instrumentos de información, formación y diversión, algo tan grande que incluso superó la imaginación de los escritores clásicos de Ciencia-Ficción.

Por supuesto Internet es trasmisor de la Moda y las “tendencias”. “En Internet está todo” y podemos conseguir lo que se quiera desde publicar libros a comprarlos o comprar y vender cualquier otra cosa.

A partir de la red surgen las redes sociales: la gente puede interconectarse, formar grupos crear eventos, hacer propaganda de sus productos o exhibir su vanidad, facebook, Twitter, Messenger, WhatsApp son medios de comunicación inter-personas que van desde la inmediatez hasta la “carta” larga del correo electrónico (cada vez más en desuso por los jóvenes). Y así nos encontramos ante la tendencia de una sociedad que se desnuda delante de los otros y ofrece esa información a quien quiera verla. De este modo optamos por “la transparencia” en la que el propio exhibidor es a la vez dominador y dominado. Se siente importante por actuar como individuo con sus fortalezas, sus deseos o aficiones pero a su vez es víctima porque todos sus datos son observados y computados por el poder económico o político para conocer las tendencias que emanan de esa información. Así con una ingente labor de “marketing” esos observadores hacen propuestas de artículos que la gente no puede evitar comprar o ansiar porque “es lo que ellos querían”. Es lo que el filósofo Byung-Chu Han llama la “Sociedad del Control”: “La Sociedad del control se consume allí donde su sujeto se desnuda no por coacción externa, sino por la necesidad engendrada en sí mismo, es decir, allí donde el miedo de tener que renunciar a su esfera privada e íntima, cede a la necesidad de exhibirse sin vergüenza”. También habla de que “esta sociedad que se muestra así en una irreal transparencia es una sociedad sin confianza: la transparencia no necesita de la confianza. Confianza significa: a pesar del no saber en relación al otro, se construye una relación positiva con él. Es decir más que crear confianza la “transparencia” la destruye. Por eso aparece el “Control”. **(5)**

De esa transparencia y de ese control sobre los contenidos surgen los problemas que pueden afectar a los adolescentes; quizás el más grave sea en estos momentos el mal uso que se le puede dar a esta tecnología por ignorancia, imprudencia o ingenuidad. El hecho de subir fotos a la red o comentarios puede parecer banal, pero esos datos no desaparecen nunca y pueden ser utilizados por personas con intenciones perversas.

El “Grooming” es una de esas situaciones graves. Consiste en el acoso a través de las redes sociales a un adolescente por parte de un adulto con una intencionalidad sexual. Inicialmente el acosador gana su confianza le pide alguna fotografía, luego alguna más comprometida y más tarde exige material explícito extorsionando a la adolescente con divulgar sus fotos a los amigos etc. Es una situación angustiada para el adolescente que puede llegar incluso al suicidio. Es muy importante que los padres conozcan estas posibilidades y vigilen el uso de las redes sociales por sus hijos. Una pregunta que el pediatra debe de incluir en su control de salud es si el adolescente se ha sentido presionado o acosado no solo en la relación habitual con y por sus compañeros o a través de la red.

Otras formas comunes de ciberacoso son:

Cyberbullying: Incluye hostigamiento, exclusión, manipulación por iguales.

Sexting: Envío por teléfono móvil de imágenes de contenido sexual.

Phising: Obtención de información confidencial de forma fraudulenta.

Happy Slapping: Grabación y reproducción de peleas.

SMS Premium: Tarifación adicional por un servicio. **(6)**

“Compra ahora paga más tarde”

La sociedad de consumo

Como hemos visto la estructura social ha ido cambiando de una sociedad tradicional de post-guerra con familias más estables, trabajo más estable, criterios morales más universales y una estructura económica en la que predominaba el producto duradero, bien hecho, se compraban cosas útiles y la oferta de ocio era menos variada. Los ciudadanos parecían poder seguir el ritmo de la evolución de aquella sociedad. Actualmente la estrategia del poder financiero y de las multinacionales que es ya más poderoso que el poder político es hacer que la gente que desee tener cosas las tenga ya e inmediatamente; ofrecerle, en una especie de vorágine la última (s) novedad que el consumidor está esperando y que sustituirá rápidamente lo que acaba de comprar. En algunas tiendas de ropa los modelos cambian rápidamente y no se repiten: si un vestido le gusta a la adolescente tendrá que comprarlo ya, mañana será tarde. Este tipo de estrategias hace que el cliente compre aun cuando en ese momento no pueda disponer de dinero.

Cuando J. Elzo **(7)** habla de Juventud “presentista”: lo quiero y lo quiero ya, está mostrando una conducta que reproduce el estilo de vida de muchos adultos, algunos padres dan a sus hijos cualquier cosa que deseen. Y las multinacionales saben muy bien que los niños y adolescentes son un mercado potencial impresionante.

La moda, lo dijimos, es una forma de consumo hoy día popular, nada que ver con los desfiles de alta costura. Hoy las empresas de ropa tienen a cientos de diseñadores que producen modelos de bajo costo apropiados para los adolescentes y jóvenes, que pueden permitirse cambiar de modelo con relativa frecuencia (o no).

El eslogan “compre ahora pague mañana” es paradigmático de la sociedad volcada en el consumo; el crédito, la tarjeta con su mágica, inmediata e invisible operatividad vacía los bolsillos de los ciudadanos en una especie de inconsciente orgía de compra, acumulación de productos y de deuda que quizás no podrán pagar.

La moda y el cuerpo

Los adolescentes con la aparición de la pubertad tienen una gran preocupación por los cambios que ocurren en su cuerpo. Existe una incertidumbre acerca de si esos cambios son normales y sobre todo si esos cambios son aceptables para ellos; la observación en el espejo pone de manifiesto aspectos que pueden ser considerados como inaceptables y ser motivo de preocupación e incluso generar un complejo que afecte a sus relaciones con su entorno.

Las adolescentes tienen un desarrollo más precoz que los chicos y la preocupación por el aspecto físico se prolonga más allá de la propia adolescencia. Las mujeres heredan un problema

adicional, la convicción de que el éxito y la aceptación está relacionado con la belleza, y es que sigue existiendo una presión sobre el sexo femenino con respecto a la apariencia externa muy superior que el que existe en sobre el sexo masculino. Solo recientemente los varones adolescentes o jóvenes empiezan a “cuidarse” (depilación, uso de cremas, gimnasio para aparecer musculados etc) mientras que la mujer lo hace desde “siempre” porque la sociedad sigue demandando una mujer bella, dependiente, cosificada. Pero no es posible para todas ellas cumplir la demanda de elegancia, perfección y belleza y las adolescentes pueden sentir que no cumplen las expectativas que le exige la sociedad.

Si a esto unimos que hoy la belleza está condicionada a un cuerpo estilizado, andrógino, muy delgado, las dificultades de las adolescentes aumentan y la aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se convierte en la patología psicosomática predominante con una prevalencia de casi el 5% para todos los TCA en mujeres También en los chicos que se preocupan por su físico llegan aunque en menor medida (uno por cada 9 mujeres) a sufrir la misma patología. **(8,9)**.

Nuestra sociedad tiene unos rasgos culturales de riesgo para los jóvenes marcándoles grandes expectativas y se caracteriza por una mitificación acrítica de los valores que elige, entre estos valores los más importantes son los relacionados con el cuerpo, que se ha cosificado, es como si fuera algo ajeno al Yo, se modifica, mistifica y transforma. Las intervenciones sobre el cuerpo están a la orden del día y la finalidad no es la salud, ni siquiera la belleza sino el éxito. **(10)**

El Profesor Massimo Raccati presenta su visión sobre los TCA de la siguiente manera:

*La bulimia y la Anorexia representan la expresión patológica de dos mitos de nuestra época: el narcisismo y el consumo. Los bulímicos lo engullen todo, pero los excesos prueban la imposibilidad de llenar el vacío que se haya en el núcleo de su existencia...todo puede ser comprado menos el amor. Los anoréxicos rechazan la lógica del consumo, se entregan al culto narcisista de la masa corporal. Es un culto privado, autista, antisocial, un curso letal que lleva a la irreversible pérdida de peso... Esta es la nueva forma histórica que la falsa democracia de los mercados adopta en los países industrializados más avanzados. A los sujetos se les rellena literalmente de placer pero al tiempo se les apremia para que consuman más y más... **(11)***

Como la moda influye en la aparición de este trastorno es difícil de demostrar pero la “globalizada” atención mediática a la figura femenina delgada (con incluso modificaciones de fotografías de modelos con Photoshop para que aparezcan más delgadas), modelos de pasarela que tienen una evidente “desnutrición” y las fotografías persistentes de figuras escuálidas en revistas o en la TV unido a las propuestas machaconas sobre dietas para adelgazar forman un “ambiente” opresivo que el adolescente puede interiorizar favoreciendo sus conductas de adelgazamiento. Es cierto que la causa de los TCA no es única, exige una cierta predisposición genética, baja autoestima, perfeccionismo, obsesividad pero también sabemos que los TCA son una patología típica del mundo occidental siendo prácticamente desconocida en el tercer mundo o en los países en vías de desarrollo.**(12,13)** En un estudio sobre el grado de unificación de las tallas (barómetro sobre el grado de unificación de las tallas y el impacto sobre la salud de las personas, encargado por la Federación Española de Asociaciones para la Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia) en 2010 se observa que un 40 % de las personas encuestadas se han planteado perder peso al comprobar que la talla que utilizaban ya no les sirve. El estudio sobre 500 personas con una media de edad de 30 años muestra que a pesar de que el 80 % de las mujeres tenían un peso normal la mayoría no podía elegir una talla 38, el 87 % aseguran que la talla cambia según el modelo de ropa y a un 58 % les afecta psicológicamente no poder utilizar la talla que creían tener. Una talla 36 corresponde a una circunferencia de cintura de 62 cm que es el percentil 50 de una niña de 10 años. (Curvas de Referencia para la Tipificación Ponderal. Dossier de Consenso).

La moda con sus modelos excesivamente delgadas es hoy la imagen universal de la mujer. La identificación de la belleza, el poder y la fama con la delgadez puede en individuos predispuestos favorecer la aparición de Trastornos de Conducta Alimentaria

Los creadores de moda y las marcas no parecen considerar que el uso de modelos “esqueléticas” influya en la aparición de los TCA. En un reportaje “La Moda prefiere esqueletos” (El País, 1 Julio de 2013) un modisto afirma que la “delgadez forma parte de la normalidad, que el problema es la obesidad” (¿Por qué no incluye modelos de IMC de 24 kg/m² en sus desfiles?), por otra parte un famoso fotógrafo de moda dice que la modelo debe ser delgada porque el vestido sienta mejor al igual que un jugador de básquet debe ser alto y un luchador de Sumo gordo. Pero las evasivas del mundo de la moda se contradicen con la realidad, muchos de los modelos femeninos tienen un IMC menor de 17 Kg/m² y eso es delgadez extrema, no saludable. Es importante de todos modos intentar de nuevo como ya lo hizo el gobierno en 2007 homogeneizar las tallas y proponer el control sobre la utilización de modelos muy delgadas no solo en las pasarelas sino en las imágenes que abarrotan las revistas y periódicos.

¿La moda de las drogas? Un apunte

La edad de comienzo de consumo de tabaco está en los 13,3 años en 2008 (13,1 en 1998) y la de alcohol 13,7 en 2008 (13,6 en 1998) cannabis en 14,6 años (14) datos aterradoros sobre los que deberíamos recapacitar los médicos, profesores, ciudadanos e instituciones. Aunque no es este el lugar para extenderse sobre el problema de las drogas si deseo enfatizar que las drogas siguen procesos parecidos a las modas, cualquier sustancia nueva puede aparecer en el “mercado” y ser consumida antes de que los que pueden hacer algo por evitarlo se den cuenta. Otro aspecto es el cambio en el estilo de consumo: el cannabis se consume ahora como opción individual y no colectiva y su consumo por persona ha aumentado considerablemente en relación a décadas anteriores y a la vez que la potencia de la droga ha aumentado. Se combina cocaína con alcohol, anfetaminas, “pastillas” cócteles que pueden crear graves problemas de salud. Salir de marcha implica tomar drogas.

Otras modas y costumbres

- VEGETARIANOS

Los vegetarianos estrictos pueden iniciar su opción en la adolescencia por ideología o siguiendo la conducta marcada por sus padres o familia o amistades. Durante la pubertad las necesidades de nutrientes aumentan y las deficiencias nutricionales pueden ponerse de manifiesto dado el crecimiento pondo-estatural tan importante en esta etapa. Carencias de Calcio, Vitamina B12, B2, baja calidad proteica pueden poner en riesgo la salud. Un reciente estudio de la Universidad de Graz (Austria) muestra que los vegetarianos tienen en general peor salud (mayor incidencia de cáncer, alergia y trastornos mentales) una mayor necesidad de cuidados de salud y una pobre calidad de vida **(15)** La dieta Ovo-lacto-vegetariana es suficiente. Muy importante en los veganos hacer una dieta muy variada y conocer la gastronomía de los productos para evitar al máximo los déficits. Añadir suplementos con vitaminas y minerales puede ser una medida muy útil. **(16)**

- LA MODA DE LAS BEBIDAS ENERGÉTICAS

La presión publicitaria ha favorecido la introducción en el consumo habitual de las llamadas bebidas energéticas que contienen cafeína, taurina y otros componentes que “estimulan” al que las bebe. Un 68 % de los adolescentes entre 10 y 18 años consume estos productos y la mitad de estos la combina con alcohol según un informe de la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) en 2013. La cantidad de cafeína oscila entre 34 y 70 mg por 200 ml. según las marcas (la taza de café de 100 ml tiene unos 70 mg). Es necesario advertir a padres y adolescentes que el abuso de estas bebidas tiene consecuencias negativas para la salud: se relaciona con un mayor consumo de tabaco, sedentarismo, insomnio, crisis de ansiedad etc. El consumo con alcohol (para aguantar más) hace que se consuma una mayor cantidad de este con el consi-

Tema de revisión

¿Cómo influye la moda en el comportamiento de los adolescentes?

guiente riesgo. Debemos tener una mayor exigencia a nivel de las instituciones sanitarias sobre el uso de estas bebidas en niños y adolescentes.

- DEPENDENCIA INTERNET, REDES SOCIALES.

El uso de las redes sociales tan en boga agrega una nueva forma de dependencia que deberemos vigilar, profesionales de la salud, educadores y padres vigilando y controlando el uso de estos medios. Atención cuando el adolescente presenta estos síntomas:

De tolerancia

- Necesidad de pasar cada vez más tiempo en Internet para obtener satisfacción.
- Disminución del efecto si no se aumenta el tiempo de conexión a Internet.

De síndrome de Abstinencia

- Aumento de la ansiedad.
- Agitación psico-motriz.
- Pensamientos obsesivos en relación a Internet.
- Sueños y Deseo intenso de conectarse.
- Movimientos involuntarios de los dedos (como si teclease) **(17)**

Preguntas

1. **¿Cual de los siguientes factores desempeña el papel más importante en la aparición de un trastorno de conducta alimentaria (TCA)?**
 - a. Sobrepeso
 - b. Delgadez
 - c. Alimentación desordenada
 - d. Baja autoestima
 - e. Ansiedad.

2. **El “grooming” consiste en:**
 - a. Acoso físico
 - b. Acoso Psicológico.
 - c. Llamadas de teléfono intimidatorias
 - d. Acoso telemático por un compañero
 - e. Acoso por un adulto con intención sexual.

3. **La Anorexia Nerviosa es un problema grave que afecta preferentemente**
 - a. A toda la población
 - b. A los adolescentes y jóvenes
 - c. A menores de 13 años
 - d. A mayores de 40 años.
 - e. A mujeres igual que a los hombres.

4. **Las tallas no son iguales para diferentes marcas ¿Sabes una talla 36 a que percentil 50 de qué edad corresponde?**
 - a. 9 años.
 - b. 10 años
 - c. 13 años
 - d. 14 años
 - e. 16 años.

5. **El tiempo de utilización de Internet, redes sociales, más el uso de móvil, mensajes, chats y la TV ocupan una gran cantidad de horas al día en jóvenes y adolescentes.**
 - a. 2 horas
 - b. 3-4 horas
 - c. 4-6 horas
 - d. 7-8 horas
 - e. Más de 8 horas.

Respuestas en la página 96

Bibliografía

1. Diccionario de la RAE. Última edición 2014.
2. Zygmunt Bauman, "Sobre la Educación en un Mundo Líquido". Conversaciones con Ricardo Mazzeo. Ed. Paidós Estado y Sociedad. 2013.
3. Miranda A.H. Horvath, Llian Alys, Kristina Massey, Afroditi Pina, Mia Scally and Joanna R. Adler. "Basically... porn is everywhere". A Rapid Evidence Assessment on the Effects that Access and Exposure to Pornography has on Children and Young <http://eprints.mdx.ac.uk/10692/People>. Universidad de Kent. 2014. <http://eprints.mdx.ac.uk/10692/>
4. Memoria de la Fiscalía General del Estado año 2013.
5. Byung-Chu Han, "La Sociedad del Control" en: La Sociedad de la Transparencia. Ed. Herder SL. Barcelona 2013. 87-95.
6. Salmerón Ruiz M.A, "Ciberacoso y sus síntomas" 62 Congreso de la AEP. Sevilla 2013.
7. Elzo J, "Jóvenes Españoles 99" Fundación Santa María, Ed. SM. Madrid 1999.
8. Morandé G, Celada J, Casas JJ, Prevalence of Eating Disorders in a Spanish School Age Population. *J Adolesc Health* 1999;24:212-219.
9. Toro J, Castro J, Gila A, Pombo C, "Evaluación de las influencias socioculturales en el modelo de la imagen corporal en adolescentes masculinos con Anorexia nerviosa". *Eur Eat Disord Review* Octubre 2005; 13 (5): 351-359.
10. Turon Gil J, "Trastornos de la conducta alimentaria" Ed. Janssen-Cilag. Palma: Intersalud 2005.
11. Racalcati Massino. "Elogio del Fracaso". Gardolo Erikson. 2011. 26-29.
12. Iglesias Diz JL: "Un pozo moi fondo". Biblioteca de Intervención Social e Didáctica. Ed. Galaxia 2013.
13. Casas JJ, Hidalgo Vicario M.I, Salmerón Ruiz M. A, "Trastornos de la conducta alimentaria" en Medicina de la Adolescencia. Atención Integral 2ª Ed. Eds, Castellano G, Hidalgo M.T, Redondo A.M. Ed. Ergón Madrid 2012; 833-38.
14. Encuesta Estatal sobre el uso de Drogas en estudiantes de enseñanza secundaria (ESTUDES), 1994-2008. Observatorio Español sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España.
15. Nathalie T. Burkert*, Johanna Muckenhuber, Franziska Großschädl, E'va Ra'sky, Wolfgang Freidl: Nutrition and Health,"The Association between Eating Behavior and Various Health Parameters: A Matched Sample Study". Institute of Social Medicine and Epidemiology, Medical University Graz, Graz, Austria. *PLoS ONE* 9(2) Febrero 2014.
16. Vitoria Miñana j, Dalmau Serra J, "El Adolescente con dietas y hábitos peculiares. Carencias subclínicas". En Medicina de la Adolescencia. Atención Integral 2ª Ed, Eds, Castellano G, Hidalgo M.T, Redondo A.M. Ed. Ergón Madrid 2012; 243-48.
17. Royo Isach J, "Los rebeldes del bienestar" Ed. Alba Barcelona 2008.

Protocolo diagnóstico de amenorrea en adolescentes

M.J. Rodríguez Jiménez(*), I. Hernández de la Calle()**

(*Servicio de ginecología y obstetricia Hospital Universitario Infanta Sofia. San Sebastian de los Reyes. Madrid

(**Servicio de ginecología y obstetricia Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona.

Fecha de recepción: 26 de noviembre 2015

Fecha de publicación: 15 de febrero 2015

Adolescere 2015; III (1): 67-73

Definición

Amenorrea es la ausencia de sangrado menstrual.

Se define como *amenorrea primaria* la ausencia de menarquia, o primera regla, a los 14 años, con retraso del crecimiento o ausencia de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, o a los 16 años con desarrollo y crecimiento normales y presencia de caracteres sexuales secundarios.

Se denomina *amenorrea secundaria* a la ausencia de menstruación durante 6 o más meses o un periodo equivalente a tres de los intervalos intermenstruales habituales en mujeres que previamente había presentado menstruación.

La amenorrea es un síntoma cuya causa puede estar en el aparato genital pero también a nivel del eje hipotálamo hipofisario gonadal o incluso en enfermedades sistémicas.

Clasificación de Amenorrea

En un intento de simplificar la clasificación de las diferentes etiologías que pueden ocasionar amenorrea se han creado "compartimentos" artificiales que permiten establecer esquemas diagnósticos clarificadores. Uno de los más sencillos es el propuesto por el Grupo de Interés de Endocrinología Reproductiva (GIER) en 2010.

AMENORREA CENTRAL:

- Alteraciones a nivel hipotálamo-hipófisis
- Secundaria a hiperprolactinemia

AMENORREA GONADAL:

- Patología del ovario
- Síndrome del ovario poliquístico(SOP)

AMENORREA GENITAL

- Patología del útero
- Patología de la vagina

Las amenorreas centrales cursan con niveles bajos de estradiol y normales o bajos de gonadotropinas. La de causa ovárica, por fallo ovárico precoz cursan con niveles bajos de estradiol y elevados de gonadotropinas. El SOP es una compleja endocrinopatía con perfil hiperandrogénico. La amenorrea genital es una patología orgánica y por tanto los niveles hormonales son normales.

Causas de amenorrea

Son múltiples. (Tabla1)

Las causas más frecuentes de amenorrea primaria son la disgenesia gonadal, especialmente el síndrome de Turner, seguido de las anomalías müllerianas, sobre todo la agenesia de vagina con útero rudimentario en el síndrome de Rokitansky-Küster-Hauser .

La causa más frecuente de amenorrea secundaria es el embarazo y siempre hay que descartarlo aunque la adolescente no reconozca actividad sexual. Le siguen las amenorreas funcionales por anovulación y de origen central.

Evaluación diagnóstica de amenorrea

Debe realizarse de forma rápida, optimizando las pruebas a pedir de manera que sean lo menos invasivas para la paciente y económicamente rentables. Para ello existen unos requerimientos mínimos que engloban las acciones y pruebas que todo estudio debería tener y unos requerimientos secundarios, que son las pruebas que se solicitan en función de los resultados de los primeros.

De esta manera, en una primera consulta se debería hacer:

- anamnesis detallada y exploración general y ginecológica
- test de embarazo y determinación de FSH (hormona foliculoestimulante), LH (hormona luteinizante), E2 (estradiol), PRL (prolactina), TSH (hormona estimulante del tiroides) y si existen signos de hiperandrogenismo: T (testosterona total y libre), DHEA (dihidroepiandrosterona)

En la segunda visita, tras orientar el diagnóstico con el resultado de las pruebas anteriores, se solicitarían estudios complementarios como pruebas de neuroimagen (RNM) o cariotipo.

Diagnóstico de amenorrea primaria

Durante la pubertad se produce el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios por la acción de los estrógenos ováricos (telarquía) y andrógenos suprarrenales (pubarquía) y culmina con la aparición de la primera regla (menarquía).

La *anamnesis* debe investigar en primer lugar los antecedentes familiares de edad de menarquia en madre y hermanas, anomalías genéticas, enfermedades tiroideas y el uso materno de medicación durante el embarazo.

La historia personal recogerá datos sobre la evolución del crecimiento pondero-estatural, secuenciación del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, enfermedades crónicas y tratamientos recibidos, especialmente los antineoplásicos.

El *examen físico* incluirá la medición de peso y talla, el examen de los caracteres sexuales secundarios y el examen ginecológico para valorar el aparato genital interno. En adolescentes sin relaciones éste último se puede sustituir por una ecografía.

Con estos datos se pueden establecer dos categorías:

— *Amenorrea primaria con caracteres sexuales secundarios normales* (Tabla 2), lo que indica que la producción hormonal ovárica es normal, y por lo tanto también la estimulación central. La investigación debe dirigirse a verificar la normalidad del aparato genital. La inspección cuidadosa debe comprobar la existencia de un tracto de salida permeable y un útero normal. Podemos encontrar: himen imperforado, septo vaginal transversal o ausencia congénita de vagina. En estos casos, la menstruación que no se expulsa al exterior puede dar lugar a hematocolpos, hematometra o hemoperitoneo. Requieren tratamiento quirúrgico.

Si el útero está ausente o es rudimentario, hay que pensar en los dos cuadros que cursan con fenotipo femenino y ausencia de útero, que son la agenesia mülleriana del síndrome de Rokitansky-Küster-Hauser, con cariotipo 46XX, y el síndrome de insensibilidad a los andrógenos, con cariotipo 46 XY.

Si el aparato genital externo e interno es normal, se continuará como en el protocolo de estudio de la amenorrea secundaria.

— *Amenorrea primaria sin caracteres sexuales secundarios* (Tabla 3). Si el aparato genital interno es normal, se hará una determinación de gonadotropinas FSH y LH.

Los valores elevados de FSH y LH indican un fallo ovárico debido casi siempre a una disgenesia gonadal y sólo en un pequeño porcentaje a un déficit de 17 α hidroxilasa. Hay que realizar un cariotipo, que en el 50% de los casos será 45XO (s. Turner), en un 25% 46XX (disgenesia gonadal pura) y mosaicismo en el otro 25%. Si se detecta la presencia de un cromosoma Y, hay que extirpar la gónada por riesgo de malignización.

Si los títulos de gonadotropinas son normales o bajos, lo primero que se debe sospechar es un retraso constitucional del desarrollo. Pero si existe sintomatología neurológica o si la menstruación no aparece a partir de los 16 años, se debe descartar la existencia de patología orgánica a nivel hipotálamo-hipófisis.

Diagnóstico de amenorrea secundaria

Lo primero a descartar es la existencia de un embarazo.

En la anamnesis se investigará la existencia de otras enfermedades endocrinológicas o sistémicas, el aumento o disminución de peso, las situaciones de estrés y la posibilidad de relaciones sexuales.

En la exploración se hará hincapié en la detección de galactorrea y los signos de hiperandrogenismo: vello en localización masculina, acné.

Se solicitará una analítica general completa y determinaciones hormonales de PRL, TSH,FSH, LH y si existen signos de virilización, testosterona total y libre (T), dehidroepiandrosterona (DHEA) y 17-OH-progesterona para descartar su origen suprarrenal. (Tabla 4)

Si existe una *hiperprolactinemia*, hay que descartar una elevación iatrógena por medicación o por un aumento de la TSH. Si el valor es muy elevado, se solicitará una RNM para diferenciar entre su origen funcional o por un adenoma hipofisario. El tratamiento es farmacológico, incluso en la existencia de tumor .

Ante un valor elevado de TSH hay que recordar que el *hipotiroidismo primario* se asocia a amenorrea e hiperprolactinemia. El tratamiento será con levotiroxina.

Si las gonadotropinas están elevadas y a la vez existe un hipoestrinismo, hay que sospechar un *fallo ovárico precoz*. El diagnóstico definitivo exige la determinación de los valores en varias ocasiones. Es aconsejable realizar un cariotipo e investigar el antecedente de tratamiento con quimioterapia o radioterapia en la infancia. Una vez confirmado el diagnóstico, el tratamiento debe ser hormonal sustitutivo para evitar sobretodo la osteoporosis.

Si las gonadotropinas son normales, se realizará el test de deprivación con gestágenos, administrando medroxiprogesterona 10mgrs/día/5días.

Si se produce sangrado por deprivación, se confirma la correcta producción ovárica de estrógenos y la normalidad de respuesta endometrial. El diagnóstico es el de *anovulación*. La causa más frecuente de anovulación crónica en adolescentes es el síndrome de ovario poliquístico (SOP) que se asocia a hiperandrogenismo clínico o analítico. El tratamiento se hará con administración de progesterona en la segunda mitad del ciclo, para provocar la descamación periódica del endometrio, o con un compuesto combinado hormonal estrógeno-progestágeno de efecto antiandrogénico (anticonceptivo con ciproterona, drospirenona o clormandinona).

Si no se produce sangrado por deprivación, puede ser porque no existe una producción suficiente de estrógenos o porque el endometrio está destruido. Se administrará un ciclo de estrógeno + progestágeno (estrógenos conjugados 1,25mgr/día/21días + medroxiprogesterona 10mgrs/día/días 11-21).

Si no se produce sangrado tras dos ciclos de estimulación, se sospecha *patología endometrial* y se realizará histeroscopia (esto es excepcional en adolescentes).

Si se produce sangrado indica que la causa de la amenorrea es la falta de estrógenos por falta de estímulo, esto es, una *amenorrea central*. La causa más frecuente de amenorrea central en adolescentes es la asociada a trastornos de la conducta alimentaria, el ejercicio físico intenso o de competición y el estrés psicológico. El diagnóstico es de exclusión y el tratamiento irá orientado a corregir la causa (psicoterapia, aumento de peso), debiendo mientras tanto suplir la falta de hormonas con tratamientos hormonales de sustitución si la amenorrea se prolonga en el tiempo para impedir la repercusión sobre la densidad mineral ósea.

Tabla 1.
Causas de Amenorrea

CAUSAS DE AMENORREA PRIMARIA
<p>CAUSAS UTERINAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agenesia mülleriana(s. Rokitansky) • Himen imperforado, agenesia de vagina, septo vaginal • S. insensibilidad a los andrógenos <p>CAUSAS OVÁRICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disgenesia gonadal pura • S. Turner <p>CAUSAS HIPOTÁLAMO-HIPOFISARIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retraso constitucional • Craniofaringioma, glioma, germinoma • Hiperprolactinemia • Hipopituitarismo • Radioterapia craneal <p>CAUSAS SISTÉMICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones endocrinas: hipotiroidismo, Síndrome de Cushing • Enfermedades crónicas de larga evolución: diabetes, enfermedad intestinal inflamatoria
CAUSAS DE AMENORREA SECUNDARIA
<p>CAUSAS UTERINAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • S. Asherman, estenosis cervical • Tuberculosis genital <p>CAUSAS OVÁRICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • SOP • Fallo ovárico precoz (genético, autoinmune, radioterapia, quimioterapia) • Anovulación crónica <p>CAUSAS HIPOTÁLAMICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso, estrés, ejercicio físico, TCA <p>CAUSAS HIPOFISARIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hiperprolactinemia • Hipopituitarismo • S. silla turca vacía, Síndrome de Sheeham • Tumores hipofisarios • Radioterapia holocraneal <p>CAUSAS SISTÉMICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes, Lupus • Trastornos endocrinos <p>DROGAS Y FARMACOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fármacos psicótrpos • Cocaína, opiáceos <p>EMBARAZO</p>

Tabla 2.
Algoritmo diagnóstico de Amenorrea primaria⁽¹⁾

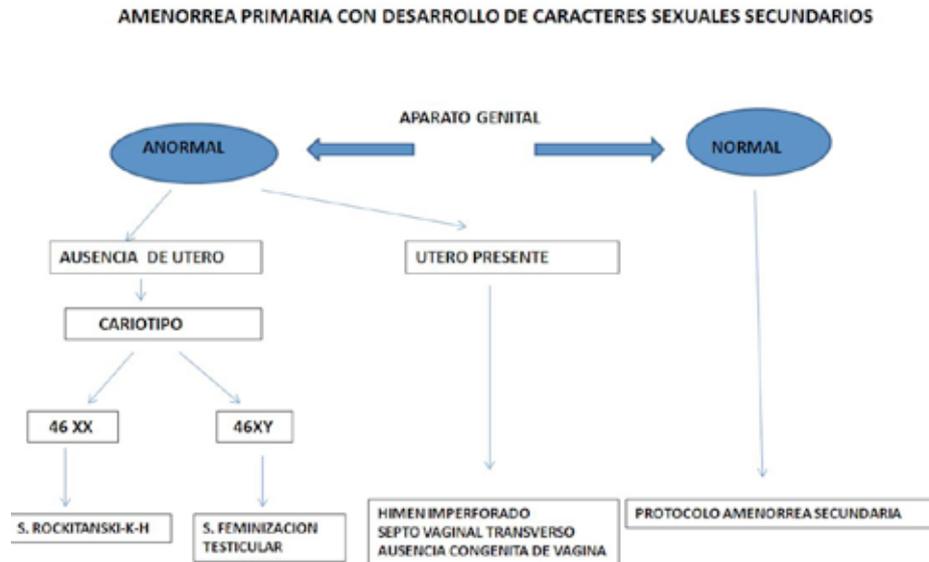


Tabla 3.
Algoritmo diagnóstico de Amenorrea primaria⁽²⁾

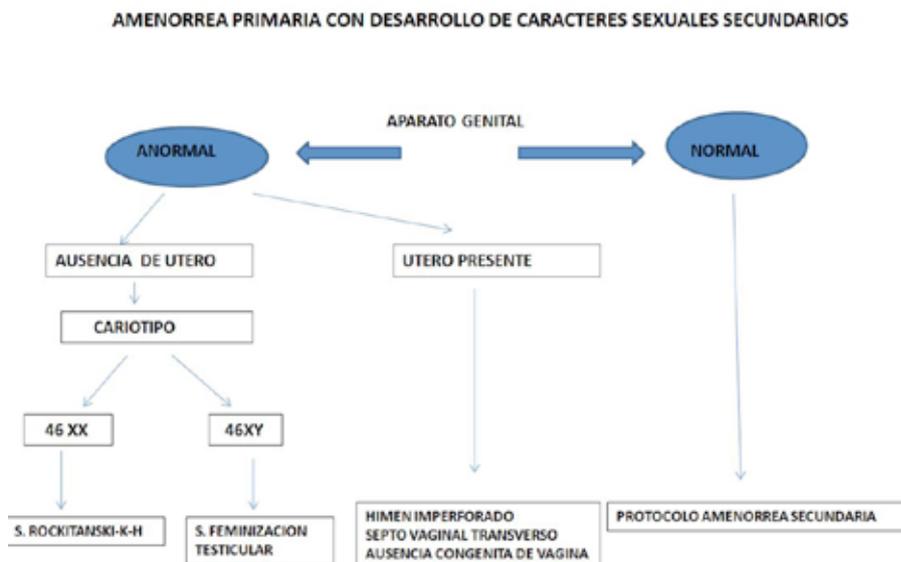
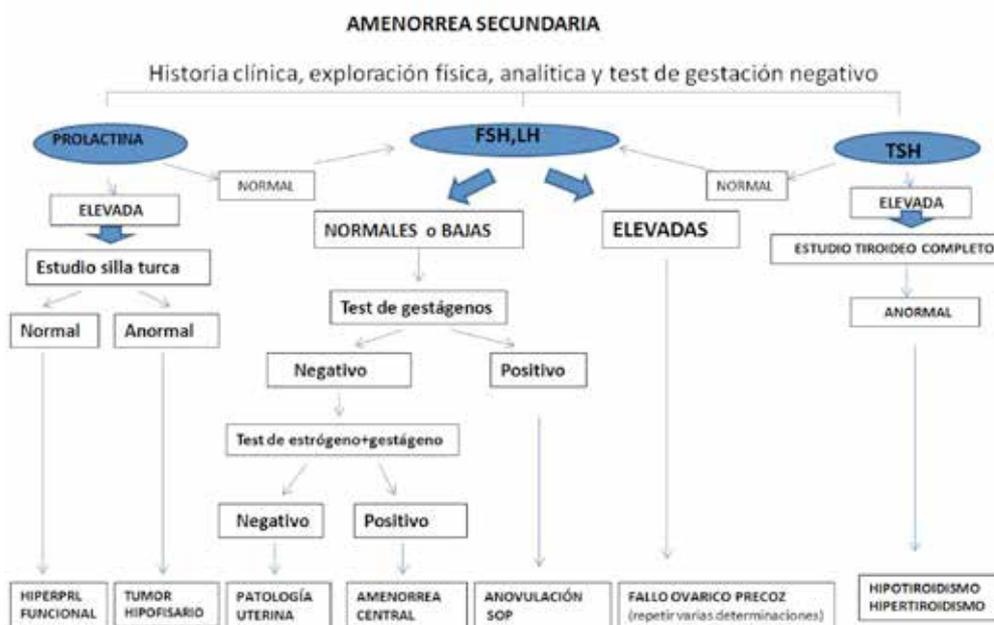


Tabla 4.
Algoritmo diagnóstico de Amenorrea secundaria



Bibliografía

1. Gómez MT, Fuentes AM, González de Merlo G. Enfoque clínico de los trastornos menstruales por defecto. Amenorrea primaria y secundaria exceso En: *Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y adolescencia*. Madrid Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2013. p 71-80.
2. Tur R, Fontes J, Salvador C, Manzanares MA, Herrero J, Grana M et al. Consenso de Granada del Grupo de Interés de Endocrinología Reproductiva (GIER) para el diagnóstico de las amenorreas. *Rev Iberoam Fert Rep Hum*. 2011;28(1):35-43.
3. de Santics V, Fiscina B: Amenorrea primaria y secundaria en adolescentes. Evaluación clínica y diagnóstica diferencial. En: Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM (eds.) *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. 2ª edición. Ed Ergón 2012 p 513-520.
4. Speroff L. Amenorrea. En: Speroff L, Fritz M.A.: *Endocrinología Ginecológica Clínica y Esterilidad*. 7ª Ed. Philadelphia. Lippincott, Williams & Wilkins 2006. pp. 401-63.
5. Herrero Gámiz S, Kazlauskas S, Bajo Arenas JM: *Alteraciones menstruales por defecto. Amenorreas*. En: Bajo Arenas JM, Lailla Vicens JM: *Fundamentos de Ginecología*. Madrid Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 2009 p 51-63.
6. G. Castillo Córdoba, M. García Manero y C. Ceamanos Montañés. Protocolo diagnóstico de la amenorrea. *Medicine* 2002; 8(81):4357-4365.

Adolescente con anorexia nerviosa

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

Unidad de Medicina de la Adolescencia. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid.

Fecha de recepción: 3 de febrero 2015

Fecha de publicación: 15 de febrero 2015

Adolescere 2015; III (1): 74-81

Motivo de consulta

Itziar es una adolescente de 14 años que es remitida por su pediatra a la Unidad de Adolescencia del hospital La Paz por pérdida de peso objetivada.

Anamnesis

Acude a consulta acompañada por ambos padres. Estos refieren que desde hace 7 meses, desde mayo, comenzó a pedir a su madre que cocinara "más sano", disminuyendo la ingesta y saltándose algunas comidas. Al principio pensaban que era algo "normal para su edad" y la permitieron perder peso, incluso la felicitaron por estar "mejor" pero ahora no saben cómo motivarla para que coma. Está obsesionada con las calorías que ingiere. Itziar refiere que estará tomando 800 cal/día. Desde hace un mes la ingesta se ha reducido a manzanas y agua. Ha perdido unos 11 kg [de 52 a 41 kg (21%)]. Amenorrea desde hace 3 meses. Los padres no refieren conductas purgativas ni ejercicio.

La madre apunta que de pequeña era una niña "algo rellenita". Han notado que Itziar, que siempre ha sido una niña alegre, feliz y dócil, está más irritable, enfadándose con frecuencia y sin motivo, con tendencia a encerrarse en su cuarto. Nunca ha sido una niña muy comunicativa. Ha empeorado el rendimiento escolar, ya que era "una chica de sobresaliente". Tiene una amiga con "problemas en la alimentación".

Cursa 3º ESO en un Instituto. Tiene una buena red social y los padres niegan acoso escolar previo.

Antecedentes personales: Nada reseñable.

Antecedentes familiares:

Padre de 48 años. Estuvo en tratamiento con benzodiazepinas hace años por ansiedad. Madre de 46 años. Estuvo en psicoterapia durante unos meses tras la separación conyugal. Hermano de 10 años, sano.

Estructura familiar:

Padres separados hace unos 4 años. El padre actualmente está casado de nuevo (hace 4 años). Itziar convive con su madre y con su hermano menor (10 años). Al padre lo ven todos los días. Están en su domicilio los fines de semana alternos y parte de las vacaciones.

Entrevista personal con la adolescente

Pedimos a los padres que nos dejen a solas con Itziar, informando de la confidencialidad existente entre la adolescente y nosotros.

Itziar está consciente y orientada. Abordable, aunque poco comunicativa. Frecuentes respuestas del tipo "no sé" y con ligero aumento de la latencia de las mismas. Quietud psicomotriz.

Itziar refiere que de pequeña no "estaba rellenita", sino que era "una foca". Desde hace un año y medio ha intentado en varias ocasiones adelgazar, pero sin conseguirlo. En mayo, a raíz de que en una ocasión un compañero la llamó "gorda" decidió tomárselo en serio y lo está consiguiendo.

Le preguntamos específicamente por vómitos. Responde que se induce el vómito después de la comida de mediodía, porque come sola. Nadie lo sabe. Niega ingesta de laxantes. Hace abdominales y sentadillas en su cuarto a escondidas todas las noches. Frecuenta páginas tipo Pro-Ana y Pro-Mía. Tiene un objetivo de peso: 38 kg. Una vez ahí, no quiere perder más. Ahora se ve "gordos los muslos y el culo". Los pensamientos sobre comida, calorías, peso, imagen corporal... le ocupa la mayoría del tiempo. Deposiciones cada 3 días.

Le preguntamos por síntomas como mareos, caída del pelo, falta de concentración y tristeza. A todo responde afirmativamente. En una ocasión pérdida de conocimiento, al salir de la ducha. Está muy triste y ansiosa. A veces se ha autolesionado con fines ansiolíticos/autocastigo, nunca autolíticos. No tiene ideas de muerte ni ideación autolítica. Al principio se clavaba las uñas, pero ahora se corta con una cuchilla en la muñeca y en los muslos. Duerme bien.

No tiene conciencia de enfermedad.

No "tiene novio ni está enamorada". No ha tenido relaciones sexuales.

Exploración física

Peso 40.5 kg (p9; -1.36DS). Talla 162 cm (p56; +0.16DS). IMC 15.42 kg/m² (p6; -1.56DS). Frecuencia cardíaca 52 lpm. Tensión arterial 105/60. Temperatura corporal 35.8°C

La pesamos de espaldas, sin que ella conozca su peso. Intenta girarse para verlo.

Presenta aceptable estado general. Delgadez generalizada. No hipertrofia parotídea. Acrocianosis. Xerodermia. AC: bradicardia, rítmico, sin soplos. Cavidad oral: esmalte dental desgastado. No signo de Russell. Le levantamos las múltiples pulseras de la muñeca y objetivamos las autolesiones en muñeca (figura 1) y en muslos. Resto de la exploración normal.

Información a la adolescente y a su familia. Instauración del tratamiento

Le explicamos la importancia de que sus padres conozcan la situación actual de Itziar. Ella se deja convencer y nos permite que le contemos a sus padres lo que le ocurre, los vómitos, las autolesiones... se siente aliviada al ser nosotros quienes tomemos el control y expliquemos lo que está ocurriendo.

A los padres y a Itziar les explicamos cada uno de los síntomas y signos de la paciente (bradicardia, mareos, hipotermia, caída del pelo, xerodermia...) y la causa de ellos: desnutrición severa. Les exponemos la gravedad de la situación, haciendo hincapié en la gravedad física. Asimismo, les explicamos que a Itziar se le "ha ido de las manos el control de peso" (exteriorizamos la enfermedad) y vomita para conseguirlo. Al mismo tiempo, está tan triste, frustrada y perdida que en ocasiones se autolesiona. Explicamos las posibles consecuencias de los vómitos (desgaste del esmalte dental, callosidades en el dorso de la mano (signo de Russell), desgarro de Mallory-Weiss, alcalosis metabólica...). De esta forma, intentamos que Itziar vaya empezando a tener conciencia de enfermedad.

Una vez concienciamos a la familia de la enfermedad de Itziar planteamos el tratamiento. Debe ser ingresada, pero lo podemos hacer en su domicilio con el cuidado de sus padres durante las 24 horas del día ("ingreso domiciliario"). Le ofrecemos una dieta de 1500 calorías junto con un plan de vida (figura 2). Debe estar tumbada en la cama porque está muy desnutrida. Sólo se levantará para comer. Únicamente podrá escribir un diario, que podrá compartir con sus padres y/o con nosotros. Si no es capaz de comer en casa, tendremos que ingresarla en un hospital. Recomendamos retirar el espejo de su habitación y las básculas de casa.

Le pedimos una analítica (tabla 1) y citamos en una semana para valoración de peso y continuar con el apoyo a los padres en la realimentación de Itziar y en la consecución de una postura no crítica de los padres hacia ella.

Realizamos un parte interconsulta al servicio de Paidopsiquiatría y a Psicología, para valoración y tratamiento multidisciplinar.

Pruebas complementarias

- Hemograma: normal. VSG 8 mm/h
- Bioquímica: Glucosa 80 mg/dl. Colesterol 211 mg/dl. Ferritina 12 ng/ml, hierro 70 mcg/dl. Perfil hepático y renal normales. Resto dentro de parámetros normales.
- TSH 2.1 mUI/ml

Diagnóstico

ANOREXIA NERVIOSA TIPO CON ATRACONES/PURGAS.

Evolución y tratamiento

Desde la primera semana Itziar va aumentando de peso, con una buena actitud. Le da mucho miedo engordar pero "quiere ser normal". Como contrapartida, va ganando autonomía a medida que aumentamos la dieta hasta 2500 calorías/día: va levantándose de la cama, sale a dar un paseo, puede escuchar música. Posteriormente, se reincorpora al Instituto y vamos aumentando el tiempo de estudio y la salida con sus amigos. Siempre come en casa. Añadimos tratamiento con hierro a la dieta. Durante los 4 primeros meses es citada en la Unidad de Adolescencia todas las semanas. Conforme va mejorando espaciamos las visitas. A los 4 meses ha alcanzado 48 kg de peso con un IMC 18.29 kg/m² (p22), en el que se mantendrá posteriormente.

A partir del mes del diagnóstico, es valorada y tratada por el Servicio de Paidopsiquiatría. Allí realizan psicoterapia en grupo con las pacientes una vez a la semana y psicoterapia familiar una vez a la semana.

Su estado de ánimo, aunque cambiante, va mejorando. No vomita, porque siempre están los padres pendientes. Las autolesiones van disminuyendo en frecuencia (aunque hay momentos de estrés en los que no puede controlarse). Aunque sigue con cierta distorsión de la imagen corporal, ha aprendido a no darle tanta importancia.

Al año del tratamiento se siente segura para empezar con dieta libre algunos días. Paulatinamente vamos aumentando los días libre de dieta. Comienza con la menstruación.

A los dos años y medio de tratamiento acude a la consulta una vez cada dos meses. Ánimo estable. Buenas relaciones familiares. Tiene una relación amorosa con un chico desde hace 2 meses. Sale con sus amigas todos los fines de semana. Está en 1º de bachillerato, con buenos resultados académicos queriendo estudiar Farmacia cuando entre en la Universidad.

Comentarios sobre el caso

Respecto al **diagnóstico** de la anorexia nerviosa, actualmente seguimos los criterios del DSM-V publicado en mayo de 2013. Entre los cambios respecto al DSM-IV cabe reseñar que la amenorrea ya no es uno de los criterios diagnósticos. Asimismo, en el DSM-V se enfatizan más las conductas (disminución de la ingesta) que lo verbalizado por las pacientes como intenciones ("quiero ganar peso").

El **tratamiento** de primera línea en adolescentes menores de 19 años con anorexia nerviosa de menos de 3 años de duración es el tratamiento ambulatorio con una importante implicación familiar^{1,2}. Hay 11 ensayos clínicos aleatorizados que han incluido intervenciones familiares, pero sólo el conocido como Aproximación Maudsley creado en 1980 ha sido estudiado sistemáticamente¹. La Aproximación Maudsley puede resumirse como un tratamiento intensivo para pacientes no ingresados en el que los padres tienen un papel activo y positivo. Tiene tres fases bien definidas: recuperación de peso, devolverle al adolescente el control de lo que come y establecer una identidad del adolescente saludable.

Recuperación de peso. Consideramos que ha llegado a un peso adecuado cuando su índice de masa corporal (IMC) esté entre el percentil 14 y el 40³ según su edad y sexo. Otra manera de conocer el normopeso de nuestra paciente es objetivando folículos ováricos por ecografía, que corresponde a un IMC entre el percentil 13 y 30^{4,5}.

Medicación. El uso de ansiolíticos, antidepresivos u otra medicación se debe hacer con cautela (recomendación basada en Consenso). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRSs) no están indicados en el tratamiento de la anorexia nerviosa, tanto en su manejo agudo como en el mantenimiento (recomendaciones basadas en una revisión sistemática con estudios de evidencia nivel II). La prescripción de anticonceptivos orales en adolescentes malnutridas con amenorrea tampoco está recomendado ya que no mejora la densidad ósea y puede dar lugar a una falsa normalidad. El uso de niveles fisiológicos de estrógenos (parches) y progesterona en un ensayo clínico aleatorizado⁶ se ha asociado con mejora de la densidad ósea y puede tener un lugar en el tratamiento.

Tablas y Figuras

Tabla 1.
Evaluación de Laboratorio

ESTUDIO	RESULTADOS
Hemograma completo*	Hemoconcentración, leucopenia, trombocitopenia.
Eritrosedimentación	Su aumento indica otra enfermedad.
Química*	Hipoglucemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipofosfatemia, disminución de la uremia, anomalidades electrolíticas, anomalía de las pruebas de funcionalidad hepática, hiperamilasemia.
Parámetros nutricionales	La prealbúmina y la transferrina disminuyen con el ayuno. Proteínas totales normales. La hipoalbuminemia sugiere otra enfermedad. Suele haber hipercolesterolemia.
Orina completa*	Aumento de la densidad urinaria en la deshidratación, disminución de la densidad urinaria en la isostenuria y la intoxicación hídrica. Proteinuria y hematuria con el ejercicio. Orina azul: abuso de diuréticos.
Prueba de embarazo*	Confirma la ausencia de embarazo como causa de amenorrea.
TSH (tirotrófina), T ₃ (triyodotironina)	T ₃ baja en presencia de TSH normal = desnutrición.
Hormonas sexuales	Confirman el hipogonadismo hipotalámico-estradiol disminuido.
Osmolaridad plasmática	Disminuida en sobrecarga hídrica, hiponatremia de 120 mEq/l: riesgo de convulsiones.
Investigación de enfermedad celíaca	Si se sospecha de enfermedad gastrointestinal o enfermedad inflamatoria intestinal, endoscopia.
Vitaminas, cinc	Disminuyen en la anemia perniciosa, escorbuto, pelagra, acrodermatitis, hipercarotinemias.
ECG	Bradycardia, hipocalemia, arritmia, prolongación del intervalo QT.
Dosaje de drogas en orina	Anfetaminas.
Neuroimágenes	Atrofia cerebral, pérdida de sustancia blanca y gris; si hay cefalea, para evaluar tumores del sistema nervioso central.
Ecografía ginecológica	Para detectar desarrollo folicular.
Densitometría ósea	Osteopenia/ osteoporosis con más de 6 meses de amenorrea.
Estudios de investigación	Marcadores genéticos, metabolitos óseos, resonancia magnética funcional, leptina, grelina.

Nota: La mayoría de los estudios resultarán normales en la mayoría de los pacientes con trastornos alimentarios, y el laboratorio normal no excluye enfermedad grave ni inestabilidad médica en estos pacientes (American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence: Policy statement. Identifying and treating eating disorders. Pediatrics 2003; 111:206).

* Estudios de rutina.

Figura 1.
Autolesiones en muñeca



Figura 2.
Plan de vida: hospitalización domiciliaria

PACIENTE: ITZIAR

FECHA:

1. HORARIOS DE SUEÑO

Hora de levantarse: 8:30h Hora de acostarse: 22:30h
 — Reposo: 30 minutos después de desayuno y merienda
 1 hora después de comer y cenar

2. ALIMENTACIÓN

Dieta: 1500 cal

Suplemento: no Agua: 2-3 litros/agua

- Debe tomarlo todo
- No debe acudir al baño hasta 1 hora después de las comidas
- No debe intervenir en la preparación de la comida
- No debe entrar en la cocina
- No hablar de comida durante el tiempo de comer

3. ACTIVIDADES

- Escribir diario
- Otras actividades: por el momento no

4. MEDICACIÓN: no

5. OTRAS INDICACIONES:

- Hablar con padres
- No recibirá visitas
- No dispondrá de teléfono/móvil ni verá la TV

Preguntas

1. En la entrevista con una adolescente con anorexia nerviosa (AN) es verdadero:

- a) Le va a ayudar a mejorar el que nosotros, como médicos, resaltemos que estéticamente está bien, incluso algo delgada.
- b) Nos centraremos únicamente en la alimentación de la paciente, sin preguntar por su estado de ánimo, ansiedad ni conflictos internos, familiares o con iguales... somos pediatras, no psiquiatras ni psicólogos.
- c) Nos fiaremos de lo que nos dice, y si refiere que no se induce el vómito no será necesario obligarle a tener la puerta de wc abierta.
- d) En el seguimiento, le informaremos de sus progresos en el peso, para que ella se motive para comer.
- e) Todo lo anterior es falso.

2. Respecto a las pruebas de laboratorio y de imagen, es falso:

- a) Los exámenes de laboratorio pueden ser falsamente tranquilizadores, ya que se han informado de casos que han fallecido con analíticas normales.
- b) La VSG se suele elevar en la AN.
- c) En la analítica podemos encontrar hemoconcentración, leucopenia y trombopenia. También hipoglucemia, hipopotasemia, hipertransaminasemia e hipercolesterolemia.
- d) La densitometría ósea se realiza a partir del 6º mes de amenorrea.
- e) La ecografía demostrando folículos ováricos es un indicador de normopeso.

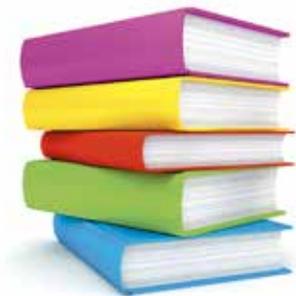
3. Sobre el tratamiento de la anorexia nerviosa, es verdadero:

- a) Los "problemas familiares" forman parte de la etiología de la enfermedad, por lo que está demostrado que apartar a los padres del tratamiento mejora el pronóstico de estos pacientes.
- b) Nuestro objetivo de peso en una adolescente con AN es un IMC en el percentil 50 para su edad y sexo.
- c) El método Maudsley es un método que ha sido revisado sistemáticamente y ha demostrado evidencia de su eficacia en el tratamiento de adolescentes con AN.
- d) La dieta que le proponemos es para que los padres tengan una guía de tratamiento, pero pueden cambiar según los gustos de la paciente para que coma con más ganas.
- e) El tratamiento consistente en ingreso en un hospital ha demostrado mejorías más rápidas y duraderas que el ingreso domiciliario.

Respuestas en la página 96

Bibliografía

1. Lock J (2011) Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 24: 274–279.
2. Hay P (2013b) A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. *International Journal of Eating Disorders* 46: 462–469.
3. Golden NH, Jacobson MS, Sterling WM, et al. (2008) Treatment goal weight in adolescents with anorexia nervosa: Use of BMI percentiles. *International Journal of Eating Disorders* 41: 301–306.
4. Allan R, Sharma R, Sangani B, et al. (2010) Predicting the weight gain required for recovery from anorexia nervosa with pelvic ultrasonography: An evidence-based approach. *European Eating Disorders Review* 18: 43–48.
5. Madden S, Morris A, Zurynski YA, et al. (2009) Burden of eating disorders in 5–13-year-old children in Australia. *The Medical Journal of Australia* 190: 410–414.
6. Misra M, Katzman D, Miller KK, et al. (2011) Physiologic estrogen replacement increases bone density in adolescent girls with anorexia nervosa. *Journal of Bone and Mineral Research* 26: 2430–2438.



L.S. Eddy Ives

Pediatra. Directora médico de Centre Mèdic San Ramón. Barcelona

Factores etiológicos comunes del trastorno por déficit de atención / hiperactividad y conducta suicida.

Estudio de base poblacional en Suecia

Common Etiological Factors of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Suicidal Behavior A Population-Based Study in Sweden

Ljung T, Chen Q, Lichtenstein P; Larsson H.

JAMA Psychiatry 2014; 71 (8): 958-964.

<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1879552>

La prevención de la conducta suicida es una de las tareas más importantes para los profesionales de salud mental. El objetivo de este estudio fue explorar si el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y la conducta suicida comparte factores de riesgo genéticos y/o ambientales.

Se identificaron 51,707 pacientes con TDAH a través de registros de pacientes y de prescripción de fármacos, entre 1-1-1987 y 31-12-2009. Los resultados indican que las personas con TDAH tenían mayor riesgo de intento suicidio y suicidio consumado, incluso después de ajustar por los trastornos psiquiátricos comórbidos (odds ratio [OR] = 3,62 [IC del 95%, 3,29-3,98] y 5,91 [95% CI, 2,45 a 14,27], respectivamente). Se observó mayor riesgo entre los familiares de primer grado (padres y hermanos), mientras que el riesgo era considerablemente menor entre los parientes genéticamente más lejanos (hermanastros y primos).

Se concluye que el TDAH se asocia con un mayor riesgo de intento de suicidio y suicidio consumado. El patrón de riesgos familiares a través de diferentes niveles de relación sugiere que los factores genéticos compartidos son factores relevantes para esta asociación. Los autores consideran que este es un primer paso hacia la identificación de los mecanismos subyacentes para el riesgo de conducta suicida en pacientes con TDAH y sugieren que los individuos con dicho trastorno y sus miembros familiares deben ser objetivos importantes para la prevención y el tratamiento del suicidio.

Por qué los niños absorben más radiaciones de microondas que los adultos: las consecuencias

*Why children absorb more microwave radiation than adults:
The consequences*

Morgan LL, Kesarib S, Davisa DL.

Journal of Microscopy and Ultrastructure, Julio 2014 (In Press, Open Access)

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213879X14000583>

DOI: 10.1016/j.jmau.2014.06.005

Se revisa el potencial peligro en niños y bebés no nacidos de las radiaciones por microondas (RMO) emitidos por aparatos inalámbricos. Es conocido que los niños y fetos tienen un mayor riesgo de sufrir daños neurológicos y biológicos a consecuencia de las mismas. Los niños presentan una mayor absorción que el adulto ya que los tejidos del sistema nervioso central del niño son más absorbentes, el cráneo es más delgado y tiene un tamaño relativo más pequeño. El feto es particularmente vulnerable debido a que la exposición a RMO puede ocasionar una degeneración de la mielina protectora de las neuronas. Las RMO procedentes de aparatos inalámbricos han sido declaradas como posible carcinógeno humano y en los niños el riesgo es mayor que en los adultos. Juguetes con emisión de RMO son vendidos para el entretenimiento de niños. La media entre la primera exposición a un carcinógeno y el diagnóstico de un tumor puede ser décadas. Todos los fabricantes de móviles inteligentes tienen advertencias de la distancia mínima a que debe mantenerse el móvil para no exceder los límites legales de exposición a RMO. La distancia límite para ordenadores portátiles y tablets es de 20 cm del cuerpo. Bélgica, Francia, India y otros gobiernos están aprobando leyes, o exigen la necesidad de que haya advertencias, sobre el uso de aparatos inalámbricos por parte de niños y adolescentes.

Se hace hincapié en la necesidad de hacer un uso más racional de las nuevas tecnologías, pues forman parte de nuestras vidas. Los móviles deben colocarse a unos 15 cm de distancia de la oreja. Si no se apagan los aparatos digitales inalámbricos siguen irradiando microondas, por lo que deben guardarse lejos del cuerpo, en el bolso o mochila. Las mujeres embarazadas no deben colocar los móviles u otro aparato que irradie RMO cerca de su abdomen, y cuando amamantan su bebé no deben hablar por el móvil. Tampoco debe colocarse ningún monitor inalámbrico en la cuna del bebé.

Los adolescentes deben ser advertidos de sus peligros. Debido a que el riesgo es acumulativo y cuanto más horas se utilizan estos aparatos más radiaciones serán absorbidas, es necesario instruir a los niños y adolescentes de minimizar la utilización de los teléfonos inalámbricos. La utilización de servicios telefónicos (tipo Skype) desde el ordenador, si es a través de cable no emite radiaciones por lo que debe fomentarse dicha utilización. Los autores desaconsejan que se les permita tener encendido el teléfono móvil en la habitación mientras duermen, y constatan que el Pew Research Center realizó una encuesta donde el 75 % de los preadolescentes y adolescentes más jóvenes dormían con el móvil debajo de la almohada.

Finalmente, los autores aconsejan que los rúters wifi sean ubicados lejos de donde pasa el mayor tiempo la familia, sobre todo los niños. Los chicos adolescentes no deben colocar los móviles en sus bolsillos delanteros de los pantalones. Existe el riesgo potencial de dañar el esperma aunque no hay estudios de chicos pre-púberes que demuestren que posteriormente quede dañada su esperma. En cambio, sí hay estudios que evidencian un aumento de cáncer de mama

multifocal en mujeres que han tenido un contacto prolongado directo del móvil con sus mamas por haberlo guardado en el sostén (<http://dx.doi.org/10.1155/2013/354682>).

Ensayo clínico aleatorizado para evaluar los efectos de una actividad física aeróbica sobre los síntomas del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad en niños pequeños

A Randomized Trial Examining the Effects of Aerobic Physical Activity on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Young Children

Hoza B, Smith AL, Shoulberg EK, Linnea KS, Dorsch TE, Blazo JA, Alerding CM, McCabe GP.

Journal of Abnormal Child Psychology, sept 2014

<http://link.springer.com/article/10.1007/s10802-014-9929-y>

El objetivo del estudio fue evaluar los efectos de actividad física (AF) antes de la asistencia a la escuela en comparación con intervenciones sedentarias en la aula (IS), sobre los síntomas nucleares de TDAH, comportamiento, estado del humor y relación con compañeros en niños de párvulos, 1º y 2º de primaria con riesgo de presentar TDAH (n= 94) y niños con un desarrollo típico (grupo control = 108). Los niños fueron aleatorizados a ambos grupos (AF e IS). Los del grupo AF asistieron durante 12 semanas a una intervención de 31 minutos al día, cada día escolar. Se pasaron escalas a padres y profesores. El análisis de los datos mostró que el grupo de AF presentaba un descenso de la inatención y cambios de humor en comparación con el grupo IS, en el entorno familiar. El subgrupo de niños con elevada sintomatología de TDAH (n=94) mostró mejoría tanto en la escuela como en casa. Los autores resaltan que es el primer estudio aleatorizado que valora la utilización de ejercicio físico como estrategia para el control de sintomatología de TDAH.

Anticoncepción para adolescentes

Contraception for adolescents

Ott MA, Sucato GS, Committe on Adolescence

Pediatrics. DOI: 10.1542/peds.2014-2300

<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2014/09/24/peds.2014-2300.full.pdf>

De acuerdo con las nuevas guías sobre prevención del embarazo en la mujer adolescente de la Academia Americana de Pediatría (AAP), los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) son de primera elección para las adolescentes sexualmente activas. Los ARAP se refieren a los dispositivos intrauterinos, implantes subdérmicos y el acetato de medroxyprogesterona en forma depot, que ofrecen una protección anticonceptiva de 3 a 10 años y son seguros para los adolescentes. Este es un cambio con respecto a las anteriores guías de la AAP del año 2007.

Los autores comentan que cada año 750,000 adolescentes quedan embarazadas y más del 80 % no han sido embarazos planificados. Los pediatras no deben de confiar que la adolescente vaya a ser sexualmente abstinentes. Se debe aconsejar posponer relaciones sexuales completas hasta que se sientan preparadas, pero los datos muestran que aunque la adolescente planifica ser abstinentes, luego no lo es.

Algunas de las recomendaciones son:

- Los pediatras deben educar y aconsejar a pacientes adolescentes una amplia estrategia de anticoncepción y asegurarse que van a tener acceso a las mismas.
- Los pediatras deben educar a los adolescentes sobre los ARAP como una opción anticonceptiva de primera línea, incluyendo el implante de progestina y los DIU. Los pediatras que no son capaces de proporcionar estos métodos a las adolescentes deben derivarlos a los profesionales médicos que pueden hacerlo.
- Según la AAP, a pesar de los efectos adversos del acetato de medroxiprogesterona en forma depot y el parche anticonceptivo, no sólo son eficaces sino además son mucho más seguros que un embarazo.
- Según las nuevas guías para la prevención del embarazo de la AAP, los ARAP deben ser una opción de primera línea para adolescentes sexualmente activas.
- Los pediatras deben permitir a las adolescentes recibir cuidados relacionados con la anticoncepción, respetando las leyes.
- La prescripción de anticonceptivos sin previo examen pélvica es apropiado.
- Los pediatras deben aconsejar de forma consistente la necesidad de utilizar correctamente los preservativos en cada relación sexual.
- Los pediatras deben ser conscientes que los métodos hormonales combinados ofrecen un excelente control tanto para la anticoncepción como para el manejo de condiciones comunes como es el acné, la dismenorrea o el elevado sangrado menstrual.
- Los pediatras deben recordar que los adolescentes con enfermedades crónicas o discapacidades tienen unas necesidades anticonceptivas similares a los de los adolescentes sanos, sin olvidar que la enfermedad médica puede complicar la elección del anticonceptivo.
- Los pediatras deben actualizar regularmente la historia clínica referente a la actividad sexual del adolescente. Deben discutir de forma confidencial y sin juzgar las necesidades anticonceptivas, realizar cribados de enfermedades de transmisión sexual y dar consejos para reducir los riesgos sexuales.
- Los pediatras deben disponer de tiempo suficiente para hacer frente a la anticoncepción utilizando un enfoque apropiado según el desarrollo, centrado en el paciente adolescente, y citando para un control si corresponde.

Utilización de protectores solares y dispositivos de bronceado artificial en una muestra nacional representativa de estudiantes de high school, 2001-2011

Use of Sunscreen and Indoor Tanning Devices Among a Nationally Representative Sample of High School Students, 2001–2011

Basch CH, Basch CE, Rajan S, Ruggles KV

Prev Chronic Dis 2014;11:140191. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd11.140191>
http://www.cdc.gov/pcd/issues/2014/14_0191.htm

Los adolescentes son particularmente vulnerables a no protegerse la piel. El objetivo del presente estudio fue evaluar la utilización de protectores solares y de dispositivos de bronceado artificial en una muestra nacional de estudiantes de *high school** durante un periodo de 10 años (2001-2010), utilizando datos del Youth Risk Behavior Surveillance System del CDC (Center for Disease Control and Prevention).

Se constató un descenso en el porcentaje de adolescentes que utilizaban protector solar del 67,7 % en 2001 a 56,1 % en 2011. En cuanto a la prevalencia de jóvenes que informaron sobre la utilización de dispositivos de bronceado artificial, en 2009 fueron 15,6 % y en cambio en 2011 descendió ligeramente a 13,3 %. El porcentaje era mayor en mujeres adolescentes (25,4% en 2009; 20,9% en 2011) en comparación con los adolescentes varones (6,7% en 2009; 6,2% en 2011). También se observó que la prevalencia aumentaba con la edad, a diferencia de la utilización de protectores solares que era similar en todas las edades.

Los autores comentan como limitaciones del estudio, que era un estudio transversal y estaba basado en autoinformes. Los resultados alertan sobre la necesidad de priorizar la prevención de cáncer de piel en los adolescentes, y en mayor medida en las mujeres adolescentes.

* En enseñanza española correspondería a los cursos 3º y 4º de ESO, y 1º y 2º de bachillerato.

Havrix® 720

Para niños y
adolescentes

Vacuna para la prevención
de la **hepatitis A**



- Seroconversión temprana y rápida¹
- Protección a largo plazo¹:
 - Los datos actuales no justifican la necesidad de dosis de recuerdo después de un ciclo de vacunación de 2 dosis.
- Buen perfil de seguridad¹

1. Ficha técnica Havrix

Para más información pincha aquí



Los padres preguntan

A vueltas con las vacunas



L. Rodríguez Molinero

Doctor en Medicina. Acreditado en Medicina de la Adolescencia. Experto Universitario en Vacunas por la Universidad Complutense de Madrid.

1. Mi hija está citada en su Centro de Salud para vacunarse contra el Virus del Papiloma Humano (VPH). He oído hablar mal de esa vacuna. Me piden el consentimiento y no sé para qué sirve

Las vacunas son la herramienta de prevención que más vidas humanas ha salvado desde que se conocen. Gracias a ellas casi han desaparecido enfermedades tan graves como la difteria, el tétanos, la polio o el sarampión, por citar algunas.

En cuanto a la vacuna del VPH, es la primera vacuna que es capaz de prevenir el cáncer de cuello uterino (CCU), que es causa de que al año mueran cerca de setecientas mujeres en España.

El VPH es un virus que existe en el área genital, el pene y el ano de los varones, y en la vulva y la vagina de las mujeres, así como en la mucosa bucal. Muchas veces es inapreciable externamente, pero otras puede producir unas lesiones que recuerdan las verrugas vulgares.

La inmensa mayoría de las veces, los portadores no son conscientes de que tienen el virus, porque apenas da síntomas. El VPH se contagia a través de relaciones sexuales (RS) y es causa necesaria para producir el CCU.

Cuando el virus llega al cuello uterino se acantona en las células e induce la transformación celular que origina el tumor. El crecimiento de estas células tumorales es lento, por lo que tarda muchos años en manifestarse. Si ese virus se neutraliza por efecto de esta vacuna, se impide el desarrollo del cáncer de cuello de útero.

Los investigadores han desarrollado la vacuna, de la que se han puesto en el mundo varios millones de dosis, por lo que están suficientemente probados su inocuidad, su eficacia y la ausencia de efectos adversos relevantes.

Algunas opiniones en contra se deben a prejuicios o a desconocimiento. No es de extrañar que algunas madres, preocupadas por el desarrollo de sus hijas, se hagan estas preguntas relacionadas con los comportamientos sexuales. Pero deben saber que esto no induce a las niñas a mantener relaciones sexuales precoces. Es importante una adecuada formación en materia de educación afectiva, que debe producirse desde todo el desarrollo de la niña o el niño.

En alguna ocasión hemos podido preguntar por qué tienen que ser las chicas y no los chicos los que se pongan la vacuna, cuando son los varones los que transmiten el virus. La razón es que son las mujeres las que van a padecer cáncer de cuello de útero. En varones está autorizada la vacunación, pero para prevenir las verrugas genitales producidas por unos serotipos de VPH.

La edad ideal para la vacunación, para garantizar el cien por cien de su éxito, debe ser antes de que haya habido relaciones sexuales. La realidad social es que cada vez los chicos y las chicas se inician antes en la vida sexual activa, y que suelen tener varias parejas. Por eso se recomienda poner la vacuna entre los 11 y los 14 años.

En fin, los diálogos entre padres e hijos son muy interesantes en este sentido, ya que se nos plantean cuestiones relativas a costumbres, hábitos y valores con los que no siempre estamos de acuerdo. Pero, de acuerdo o no, debemos tomar una actitud preventiva ante la realidad social. Es un buen momento de recordar la importancia que tiene la educación sexual y afectiva, que aún en pleno siglo XXI sigue siendo un tema pendiente de abordar.

2. Tengo un hijo de 15 años que estudia fuera de casa, y repasando su calendario vacunal he visto que la última vacuna se la pusieron a los 6 años. ¿Qué tengo que hacer?

Es frecuente que se nos olvide el calendario oficial de vacunas de los adolescentes, como es su caso. Las razones por las que no se completa el calendario oficial en los adolescentes son muchas. Unas atribuidas a los profesionales, que no dan importancia a las vacunas que corresponden esta edad. Otra veces son los propios padres, que viendo a su muchacho sano consideran que no es necesario, y temen producirle algún problema que no tiene. En muchas ocasiones, porque se olvida, o han perdido la cartilla de vacunación, que no deja de ser un documento oficial. Otras veces los cambios de domicilio contribuyen a este olvido. Finalmente, es el propio adolescente, bien porque vive o estudia fuera del domicilio familiar, tiene miedo al pinchazo, ha oído hablar de ciertas "leyendas urbanas" en contra de las vacunas, o porque milita en grupos, llamados alternativos, que cuestionan las buenas prácticas de salud, así como la conciencia de su buen estado físico, etc.

Los calendarios oficiales de las comunidades autónomas tienen leves diferencias, pero al final de los 14 años todos ellos tienen las mismas vacunas, y es aconsejable que se cumplan bien. Además, los calendarios se revisan y con frecuencia suelen cambiar fechas y dosis.

Conviene recordar que muchos de los adolescentes que no se vacunan están protegidos porque la mayoría de los demás sí lo están. Pero si la cobertura vacunal bajara, estarían expuestos a enfermedades prevenibles.

Esto en nuestra sociedad es una falta de civismo, responsabilidad y solidaridad, pudiendo en alguna ocasión, ser punible penalmente. Por ejemplo, en el caso en que se demuestre que la falta de vacunación de una persona ha sido la causa de transmisión de una enfermedad a otra, a la que se le han producido daños.

Hay tantas actitudes ante las vacunas en los adolescentes como adolescentes hay. Por eso no es fácil persuadir o convencer de su utilidad y beneficio. Los padres y los profesionales tienen que ser lo suficientemente hábiles para conseguirlo. No es tarea fácil, pero es necesario.

En conclusión: revise el calendario de sus hijos, y en caso de duda, acérquese a su pediatra, que comparará el registro que tiene en su base de datos con el calendario que Ud. le aporta, y podrá actualizar las vacunas en caso necesario.

29 CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA- SEPEAP - ZARAGOZA, 22 A 24 OCTUBRE 2015



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria



FUNDACIÓN PRANDI
DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA

Secretaría: GRUPO PACÍFICO • Marià Cubí, 4 • 08006 Barcelona • Tel: 932 388 777 • Fax: 932 387 488
E-mail: congresosepeap@pacifico-meetings.com • www.sepeap.org

Bienvenida al novato: Una historia de violencia psicológica

Por José Peña Porto (adolescente, 12 años)

“ Os voy a contar la historia de un niño que sus “amigos” le trataban de forma despectiva.

Un niño llamado José entró nuevo en un colegio, solo conocía a un niño que se llamaba Carlos, esos dos niños se hicieron muy buenos amigos. Pero después había otra pandilla de niños que se creían los mejores.

Esa pandilla (Pablo, Juan, Luis y Alejandro) se metía con los aspectos físicos de José con los insultos de pinocho, manco, josefa y josepa. Y otros tipos de insultos como gilipoyas, cabrón, capullo...

Pero como Carlos era muy amigo de José le defendía como haría un verdadero amigo.

A partir de ahí él salía cabreado y lo pagaba con su familia (padres y hermanos), y la madre se dio cuenta y fue a hablar con él en la habitación, él no paraba de llorar diciendo que él era una mierda...

Ese tema se fue alargando ya que José no quería que sus padres hablasen con la tutora. Hasta que no aguanto más y se lo dijo a la tutora y gracias a la comunicación de la madre, tutora y pedagoga del colegio consiguieron que parasen durante un tiempo, pero volvieron a las andadas al mes siguiente y volvieron a actuar como antes.

Sus padres fueron otra vez a hablar con la tutora, y ésta reunió a los niños y hablo seriamente con ellos: que si seguían teniendo esa actitud los enviaría a la dirección del colegio.

José empezó a recibir ayuda del grupo de pedagogía del colegio, una psicóloga y por supuesto ayuda de sus padres y familiares.

Y por ultimo os quiero decir que los nombres son ficticios salvo José que soy yo en la realidad. Y esta historia me ha pasado a mí realmente y gracias a la tutora, a mis padres ya nos llevamos bien y me respetan.”



F. Notario Herrero

Pediatra. Unidad de Pediatría y Adolescencia. Clínica Ntra. Sra. del Rosario. Albacete.

Adolescentes y sueño

El Journal of Sleep Research publica un estudio del Hospital Bradley de East Providence, Estados Unidos, según el cual algunas enfermedades agudas como procesos catarrales, gripe o gastroenteritis son más habituales en adolescentes sanos que duermen menos. Un ritmo regular de sueño y vigilia tendría un efecto protector sobre la salud. La frecuencia, la duración y el absentismo escolar fueron las variables estudiadas en estos adolescentes. Los españoles dormimos 53 minutos menos que la media europea y nuestros adolescentes, según la Unidad Valenciana del sueño no se quedan al margen de este déficit, tres de cada diez duermen menos de 6 horas diarias, dos menos de lo aconsejable. ¿El motivo? Principalmente la adicción a las nuevas tecnologías.

Cena en familia y salud mental del adolescente

El ciberacoso se asocia, como no nos cansamos de destacar, con problemas de salud mental y de abuso de sustancias en la adolescencia, pero las cenas familiares pueden ayudar a proteger a los adolescentes de las consecuencias de este acoso y también ser beneficiosas para su salud mental, según concluye una investigación de la Universidad McGill en Montreal (Canada). Uno de cada cinco adolescentes ha sufrido acoso digital o cibernético, que como el acoso tradicional eleva el riesgo de problemas de salud mental como: ansiedad, depresión, autolesiones, ideas suicidas, agresividad, consumo de sustancias, etc..El "cyberbullying" se relaciona con todo ello y las cenas familiares parecieron moderar la relación entre el acoso y dichos problemas. Así por ejemplo, con cuatro o más cenas familiares por semana la incidencia de problemas se redujeron aproximadamente a la mitad.

Caminar y enviar mensajes de texto, peligrosa asociación

Aunque hablar por teléfono es una distracción, enviar mensajes de texto es mucho más peligroso, ya que no se puede ver el camino que uno tiene delante. Los adolescentes que envían mensajes mientras caminan chocan con las paredes y otros obstáculos, caen por las escaleras, tropiezan con objetos o mobiliario urbano o intentan cruzar mientras pasan coches. Así reflexiona en un comunicado de prensa de la Universidad de Buffalo, en Estados Unidos, el Dr. D. Jehle, profesor de medicina de emergencias. Aunque el número general de lesiones en peatones se ha visto reducido, las lesiones en peatones, especialmente en adolescentes mayores, que usan el teléfono móvil, se ha triplicado en la última década. A pesar de estos datos, los intentos de introducir leyes restrictivas en este sentido han fracasado, sugiriendo el autor del estudio como alternativa las aplicaciones de enviar mensajes a través de voz o de cámara del teléfono.

La uva clave en un nuevo tratamiento contra el acné

Los autores de este estudio, de la Universidad de California en Los Angeles (UCLA), en Estados Unidos, han constatado que el resveratrol, un antioxidante que se obtiene de la uva, podría debilitar algunas bacterias causantes del acné al hacer que sus membranas exteriores se vuelvan más difusas, también han comprobado que al combinar resveratrol con peróxido de benzoilo (tratamiento común del acné), podría mejorar la capacidad del fármaco y convertirse en una nueva alternativa terapéutica. La Dra. Emma Taylor y su equipo pensaron inicialmente, que las acciones de estos dos compuestos serían opuestas (oxidante y antioxidante), pero no fue lo que sucedió, el efecto bactericida sobre especialmente *Propionibacterium acnes* fue prolongado a lo largo del tiempo. Fue como combinar lo mejor de dos mundos y lanzar un ataque a dos frentes contra las bacterias.

Alcohol y adolescentes. Pueblo o ciudad

Que el alcohol está cada vez más presente en la vida de nuestros adolescentes es un hecho que se puede observar cada fin de semana cerca de cualquier zona de "marcha". También está más presente el "consumo de riesgo", en los que se han emborrachado al menos una vez en el último año y que practican el denominado "bingedinking", es decir un "atacón" de alcohol. Un interesante estudio que han llevado a cabo Nuria Obradors-Rial, Carles Arizab y Carles Muntaner, publicado en Gaceta Sanitaria (SES-PAS), ha aportado datos muy relevantes: el consumo de riesgo de alcohol es muy superior entre los adolescentes de ámbito rural, en torno a 10 puntos porcentuales, lo que invita a una reflexión desde el punto de vista social, institucional y sanitario. Parece que a nivel rural, el hecho de que los jóvenes no tengan tanto acceso a diferentes posibilidades de ocio, como si ocurre a nivel urbano, el consumo de alcohol podría convertirse en una forma de ocio más popular.

Ellas y ellos

Hace unas semanas en el suplemento es-ESTILOS DE VIDA de LA VANGUARDIA, Mayte Rius, publicaba un artículo que bajo el título ADOLESCENTES SANOS, reflexionaba: "al llegar a los 13 años muchos chicos y chicas dejan de ir periódicamente al médico. Son jóvenes y se sienten fuertes y sanos. Pero durante la adolescencia debutan algunas enfermedades crónicas y los cambios físicos y de estilo de vida les hacen más vulnerables...". Con nuestra modesta ayuda y la de los Dres. José Casas y Nuria Curell concluía la periodista: "A la hora de analizar la salud del adolescente los médicos hacen distinciones entre LAS y LOS adolescentes basadas en su experiencia y en la estadística. Ellos tiene más problemas de sobrepeso y obesidad. Las chicas son más sedentarias y tienen más problemas de autoestima, consultan y se dejan ayudar más que los chicos. Las enfermedades relacionadas con el tiroides y los trastornos alimentarios son más habituales en ellas y la vigorexia y el consumo de tóxicos, entre ellos, (salvo el tabaco, pues a partir de los 15 fuman más ellas). Los varones sufren más accidentes y lesiones y ellas más escoliosis. Tener relaciones sexuales precoces se correlaciona más con satisfacción vital entre ellos y menos entre ellas".

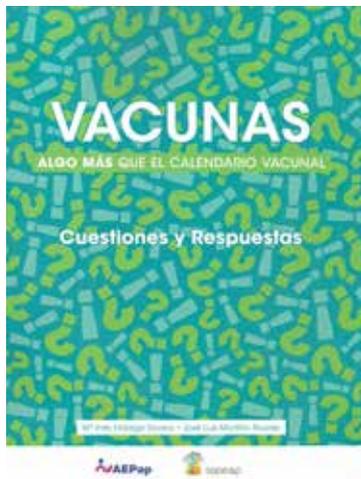
Carlos Marina

Pediatra y Médico Puericultor del Estado

Vacunas. Algo más que el Calendario Vacunal. Cuestiones y Respuestas

M^a Inés Hidalgo Vicario – José Luis Montón Alvarez

AEPap / Sepeap - 2^a edición 2014



El interés suscitado entre padres y pediatras tras la aparición de la 1^a edición de este libro en el año 2010, junto con las indeseables consecuencias que la aplicación de una errónea política vacunal oficial está teniendo sobre la salud de la población infantil, justifica la esperada 2^a edición (2014), ampliada y mejorada, de esta impecable publicación tan bien coordinada por los Drs. Hidalgo Vicario y Montón Alvarez al frente de 45 autores expertos en el tema.

Que la vacunación sistemática de niños y adolescentes es la intervención sanitaria más eficiente en la prevención de la enfermedad y mejora de la salud, con impresionante y demostrado impacto en la reducción de la morbi-mortalidad infanto-juvenil, es un hecho incontrovertible que cualquier Autoridad Sanitaria responsable ha de asumir. Los pediatras hace mucho tiempo que así lo tienen presente, obrando en consecuencia.

El libro que aplaudimos y comentamos va a ayudar de forma clara y contundente al Pediatra en su actividad clínica habitual. Capítulo tras capítulo, con enorme y razonado fundamento científico y un estilo diáfano, directo y didáctico, va a ir esclareciendo cuál es la situación actual del panorama de la vacunas durante la edad infantil en nuestro medio y en nuestro entorno internacional, aclarando todas y cada una de las dudas que los padres nos pueden plantear. Inolvidable ayuda e inestimable apoyo al profesional sanitario involucrado en la indicación y aplicación de las vacunas durante el trayecto vital infanto-juvenil, con el Pediatra, como máximo responsable, a la cabeza de un equipo en el que el personal de Enfermería desempeña un papel de excepcional responsabilidad.

Tras capítulos de imprescindible lectura, como la "Evolución de las enfermedades infecciosas tras la vacunación", los "Fundamentos inmunológicos de las vacunas", sin olvidar el papel de las "Inmunoglobulinas" en la profilaxis postexposición, se entra de lleno en la situación actual de los Calendarios de Vacunación. El organismo oficial responsable "Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud" (CISNS), en su última actualización de enero de 2014, mantiene un calendario auténticamente pobre para los niños españoles, merecedores de mayor y mejor número de vacunas. Se recomienda a este respecto el Calendario de Vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría 2014. Resulta muy interesante la situación de los calendarios vacunales en los diferentes países desarrollados, así como la aplicación de los Calendarios Acelerados en niños incorrectamente inmunizados.

El estudio de todas y cada una de las vacunas actualmente disponibles en nuestro medio va a aclarar cualquier duda que pueda plantearse; sin olvidar la vacunación en situaciones especiales (adolescencia, enfermo crónico, inmunodeprimidos, inmigrantes, adoptados y viajeros). De muy recomendable lectura resulta el capítulo "Vacunas. Aclarando falsos conceptos" donde de forma muy amena –preguntas y respuestas– se van a resolver los más frecuentes y erróneos prejuicios sobre las vacunas.

Qué gran satisfacción para el lector interesado tener a su disposición este libro en este tan oportuno momento: están bajando las coberturas vacunales con tanto esfuerzo conseguidas en el reciente pasado; esto no puede tolerarse; van a volver a aparecer enfermedades inmunoprevenibles que considerábamos prácticamente erradicadas. Gran fracaso epidemiológico del que los Pediatras nos negamos a ser responsables. Se encarece la imprescindible colaboración de la Autoridad Sanitaria para la prevención de lo que sería un auténtico "desastre sanitario".

Carlos Marina — Pediatra y Médico Puericultor del Estado

Respuestas a las preguntas test

Artropatías crónicas en adolescentes: 1. e, 2. e, 3. e, 4. e, 5. a

Conectivopatías en adolescentes: 1. e, 2. c, 3. e, 4. c, 5. d

Transición de pacientes reumáticos desde pediatría a las unidades de adultos: 1. c, 2. b, 3. e, 4. e, 5. e

¿Como influye la moda en el comportamiento de los adolescentes?: 1. d, 2. e, 3. b, 4. b, 5. d

Adolescente con anorexia nerviosa: 1. e, 2. b, 3. c



Presentación de la Guía clínica sobre el ciberacoso para los profesionales de la Salud

El pasado día 9 de febrero de 2015 se realizó en Madrid la presentación de la Guía clínica sobre el Ciberacoso para los profesionales de la Salud. Acontecimiento de gran trascendencia y utilidad. Esta guía es el resultado del esfuerzo realizado por un grupo de profesionales de diferentes disciplinas: pediatras, psicólogos, psiquiatras, abogados, técnicos... coordinados por La Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA), el Hospital Universitario La Paz de Madrid y el Ministerio de Industria, Energía y Turismo a través de Red.es.

Las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) son herramientas que han revolucionado el mundo actual desde los años 80. Están presentes en la mayoría de los hogares y centros escolares españoles. El inicio de uso está alrededor del 2º-3º año de edad (los llamados nativos digitales) y se va incrementando con la edad. El 84% de los menores españoles usa internet en casa; a los 13 años, el 75% tiene su propio teléfono móvil.

Los niños y adolescentes saben usar las TICs, pero no saben hacerlo de forma responsable, ni son conscientes de las múltiples amenazas que les acechan: información inadecuada con contenidos violentos, pornografía, pérdida de la privacidad, suplantación de identidad, ciberbullying (acoso entre menores a través de medios tecnológicos), grooming (acoso digital de un adulto a un menor con fines sexuales) y la adicción a las pantallas, entre otros. Las consecuencias van desde alteración del rendimiento y fracaso escolar, somatizaciones, trastornos del sueño, emocionales y psiquiátricos e incluso el suicidio. Dada la gravedad de estos cuadros, se requiere para su abordaje un tratamiento multi e interdisciplinar, coordinado en los diferentes ámbitos: familiar, escolar, social, policial y judicial.

Somos la primera generación en la historia en que, de manera masiva, la transferencia de conocimientos tecnológicos se realiza de hijos a padres, y no al revés. Es preciso que todos los adultos: padres, profesores y profesionales sanitarios, estén formados para ayudar a la población infantojuvenil tanto en la prevención, la identificación precoz, y el tratamiento adecuado. El pediatra constituye la puerta de entrada al sistema sanitario y es el primer profesional al que se consulta por todo tipo de problemas, debe estar preparado para ayudar no solo a las víctimas sino también a los agresores y a los observadores.

Esta primera *Guía clínica sobre el Ciberacoso* recoge de forma clara, práctica y actualizada los últimos conocimientos y avances científicos; su objetivo es enseñar a los sanitarios a prevenir, identificar y tratar las manifestaciones clínicas del ciberacoso. Deseo destacar la labor desarrollada por la Dra. M^a Angustias Salmerón, Vocal de la Junta Directiva de nuestra Sociedad, promotora de la idea; su esfuerzo y dedicación han contribuido de forma importante a que esta Guía vea la luz.

En nombre de los pediatras y profesionales sanitarios, quiero transmitir mi gratitud a todos los autores de la obra por el esfuerzo y rigor científico realizado y a todos los que de una forma u otra han contribuido a su realización. Confío en que esta Guía sea de utilidad y ayude a lograr mejor atención sanitaria y con ello mejor salud para nuestra población infantojuvenil.

M^a Ines Hidalgo Vicario

Presidenta de la SEMA





Adiós a un querido amigo

Tremenda impresión la recibida al confirmar la noticia del fallecimiento del querido compañero y amigo Dr. Paulino Castells Cuixart (Barcelona 1943-2015). Estamos hablando de un distinguido Pediatra, Neurólogo y Psiquiatra; incansable colaborador de múltiples publicaciones, así como de cualquier evento científico en que se solicitara su siempre valiosa intervención.

El Dr. Castells ha sabido cultivar la excelencia en cualquiera de sus múltiples actividades: clínico de éxito en el campo de la pediatría en general y de la psiquiatría infantil y juvenil en particular; docente universitario prestigioso y con especial habilidad para comunicar y enseñar deleitando; profundo investigador de la problemática familiar -núcleo fundamental de la sociedad- defendiendo siempre la importancia de la unidad matrimonial en la educación de los hijos; acreditado como experto en “psiquiatría de la familia”; extraordinario divulgador médico en prensa, radio, internet y televisión; sin olvidar su categoría intelectual como autor de numerosos libros de gran éxito y difusión.

El autor de estas líneas tuvo la oportunidad de comentar muchos de sus libros durante las últimas dos décadas, quedando siempre prendado de la habilidad del Dr. Castells en cómo saber hacer siempre compatible el rigor científico de lo expuesto con una capacidad didáctica y amenidad inimitables, convirtiendo su lectura en fácil y atractiva tarea.

Si a todo lo anterior unimos un sentido del humor, siempre inteligente y oportuno, junto a una categoría espiritual manifiesta, fruto de su profunda fe cristiana, comprendemos el auténtico dolor que su ausencia produce en los que tuvimos la enorme suerte de conocerle, tratarle, apreciarle y ya siempre recordarle.

A su distinguida esposa Victoria -su mejor colaboradora-, a sus cuatro hijos y nueve nietos, nuestro más emocionado testimonio de profundo sentimiento ante la lamentable ausencia de tan valioso esposo, padre y abuelo.

Descansa en paz, querido amigo Paulino.

Dr. Carlos Marina López



ADOLESCENCIA
ATENCIÓN INTEGRAL
2ª EDICIÓN

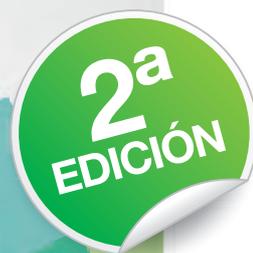
M.I. Hidalgo Vicario
A.M. Redondo Romero
G. Castellano Barca

ergon

MEDICINA DE LA **ADOLESCENCIA** ATENCIÓN INTEGRAL

2ª EDICIÓN

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



MEDICINA ADOLESCENCIA



6 y 7 Marzo 2015



IV CURSO DE LA SEMA

Salud Integral en la Adolescencia

Hospital Universitario
La Paz / Madrid



ORGANIZADO POR:



EMPRESAS COLABORADORAS:





sema

Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia